



**Les difficultés rencontrées par les médecins des unités
sanitaires des maisons d'arrêt au cours de la procédure
"étranger malade" : une étude qualitative par
entretiens semi-dirigés**

Morgane Gillet

► **To cite this version:**

Morgane Gillet. Les difficultés rencontrées par les médecins des unités sanitaires des maisons d'arrêt au cours de la procédure "étranger malade" : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01297124>

HAL Id: dumas-01297124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297124>

Submitted on 2 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES
MEDECINS DES UNITES SANITAIRES DES
MAISONS D'ARRÊT AU COURS DE LA
PROCEDURE « ETRANGER MALADE »**

**Une étude qualitative par entretiens semi-
dirigés**

GILLET Morgane

NICE 2015

UNIVERSITE DE NICE
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS DES UNITES SANITAIRES
DES MAISONS D'ARRÊT AU COURS DE LA PROCEDURE « ETRANGER MALADE »**
Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le 22 Octobre 2015

Par

GILLET Morgane

Née le 05 Juillet 1988 à Nice

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Géraud QUATREHOMME

Président du jury

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Assesseur

Monsieur le Professeur Albert TRAN

Assesseur

Madame le Docteur Christine BARBIER

Assesseur

Monsieur le Docteur Patrick OHAYON

Directeur de thèse

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. MASSEYEFF René
M. BATT Michel	M. MATTEI Mathieu
M. BLAIVE Bruno	M. MOUIEL Jean
M. BOQUET Patrice	Mme MYQUEL Martine
M. BOURGEON André	M. OLLIER Amédée
M. BOUTTÉ Patrick	M. ORTONNE Jean-Paul
M. BRUNETON Jean-Noël	M. SAUTRON Jean Baptiste
Mme BUSSIERE Françoise	M. SCHNEIDER Maurice
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. CHATEL Marcel	M. TOUBOL Jacques
M. COUSSEMENT Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. DARCOURT Guy	M VAN OBERGHEN Emmanuel
M. DELLAMONICA Pierre	M. ZIEGLER Gérard
M. DELMONT Jean	
M. DEMARD François	
M. DOLISI Claude	
M. FRANCO Alain	
M. FREYCHET Pierre	
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLESAKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAZDUNSKI Michel	
M. LEFEBVRE Jean-Claude	
M. LE BAS Pierre	
M. LE FICHOUX Yves	
Mme LEBRETON Elisabeth	
M. LOUBIERE Robert	
M. MARIANI Roger	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)

M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Monsieur le Président du Jury, Monsieur le Professeur Gérard QUATREHOMME, je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse et pour votre enseignement de tous les jours, pour avoir toujours été disponible pour moi.

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir conseillée au cours de ce projet. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Albert TRAN, je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à mon jury et de l'intérêt que vous porterez à ce sujet.

Madame le Docteur Christine BARBIER, je suis très sensible à l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de vos remarques constructives et pour votre gentillesse.

Monsieur Le Docteur Patrick OHAYON, je te remercie pour ton aide, ton soutien, ta patience et ta gentillesse et tes « coups de fouet » un peu trop fréquents à mon goût. Tu m'as fait découvrir un sujet passionnant que j'ai hâte de pouvoir approfondir et mettre en pratique. Tu as toujours eu les mots et l'humour pour me remonter le moral dans les moments difficiles. En espérant ne plus te faire grogner !!

Un grand merci aux médecins qui ont participé à mon étude pour le temps qu'ils m'ont accordé, leur sincérité, leur humour et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. J'ai fait de belles rencontres et ce fût un réel plaisir pour moi de faire ces entretiens. J'espère que ce travail vous satisfera.

Je remercie le Docteur ALUNNI pour ses conseils précieux et la rigueur qu'elle m'enseigne jour après jour.

Merci à Elodie et Céline pour leur gentillesse, leur soutien et leur aide.

Merci au Docteur Catherine VINCENT pour avoir pris le temps de m'initier à la médecine pénitentiaire dans la bonne humeur.

Merci à Ariane, ma co-interne de choc et amie pour sa formation accélérée en informatique, pour son humour, son soutien et sa disponibilité. Et pour m'avoir « sauvée » des griffes de mon ordinateur plus d'une fois. Vivement les bons moments ensemble !!

Merci à Florence pour sa patience, son écoute, ses corrections, son aide et son amitié. Bientôt le soulagement pour toi, tu vas récupérer un bureau ordonné.

Merci à Sandra pour être toujours là dans les moments durs, pour sa gentillesse, et pour ses conseils capillaires nécessaires.

Merci également Nathalie, Aurélie et Emilie pour leur aide et leurs conseils précieux.

Merci à Hélène pour s'être occupée de moi tout au long de cette année. Je te remercie aussi pour le beau cadeau que tu m'as fait cette année, j'espère que je serai digne de ta confiance.

Merci à mes amis (Fefen, Maël, Nadia et Simon) pour m'avoir soutenue et comprise tout au long de cette année. Vous êtes peu nombreux mais il paraît que c'est la qualité qui compte. Votre amitié est cruciale pour moi et j'espère qu'elle durera...

Merci à Thomas et Alice pour les années de joie passées ensemble, que de bons souvenirs.

Merci à la famille Palaud d'avoir croisé la route de la famille Gillet il y a bien longtemps et d'être restée proche de nous malgré la distance. Sylvain, tu fais partie de mes souvenirs d'enfance et je n'oublierai jamais les moments passés dans ton bureau de médecin à la gendarmerie. Vingt ans plus tard, je suis fière que tu prennes le temps et que tu fasses le déplacement pour venir à ma soutenance.

Je ne remercierai jamais assez mes parents et mon frère pour leur amour, leur soutien, leurs sacrifices et surtout pour m'avoir supportée tout au long de ces nombreuses années d'étude. Vous m'avez permis de réaliser mon rêve de petite-fille et de devenir une jeune femme épanouie. J'abandonne derrière moi « Commanditor » mais il restera gravé à jamais dans nos mémoires. Je vous aime plus que tout.

Un grand merci à ma belle-famille pour m'avoir accompagnée, conseillée et bichonnée tout au long de ce périple.

Mes tendres remerciements à mon chéri que j'aime profondément. Je sais que cela n'a pas été de tout repos pour toi et je te remercie du plus profond de mon cœur pour tout ce que tu as fait pour moi et pour être resté à mes côtés. Le meilleur est à venir.

A ma mamie Gigi, tu nous as quittés beaucoup trop tôt laissant un grand vide dans nos vies. J'étais petite et j'aurais tellement aimé profiter de toi en étant plus grande. La vie en a décidé autrement. J'espère que de là-haut tu es fière de moi et que tu ressens toutes mes pensées pour toi. Je t'aime.

ABREVIATIONS

ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
AME	Aide Médicale d'Etat
APRF	Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAA	Cour d'Appel Administrative
CASF	Code d'Action Sociale et des Familles
CC	Code Civil
CE	Conseil d'Etat
CESEDA	Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile
CIMADE	Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués
CJA	Code de Justice Administrative
CLAT	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Médicale Universelle complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CRA	Centre de Rétention Administrative
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CP	Code Pénal
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Code de Procédure Pénale
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisée complémentaire
DGEF	Direction Générale des Etrangers en France
DSS	Dispositif de Soins Somatiques
DSP	Dispositif de Soins Psychiatriques
DU	Diplôme Universitaire
IDH	Indice de Développement Humain
ILE	Infraction à la législation sur les étrangers
IRTF	Interdiction de Retour sur le Territoire Français (administrative)
ITF	Interdiction (judiciaire) du Territoire Français
JLD	Juge des Libertés et de la Détention

MARS ¹	Médecin de l'Agence Régionale de Santé
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEM	Procédure Etranger Malade
PH	Praticien Hospitalier
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
SAOS	Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TA	Tribunal Administratif
TGI	Tribunal de Grande Instance
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UE	Union Européenne
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UMCRA	Unité Médicale du Centre de Rétention Administrative
UMD	Unités pour Malades Difficiles
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

¹ Ou à Paris, le médecin chef du service médical de la préfecture de police. Par souci de clarté, ceci n'a pas été retranscrit tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	14
I. INTRODUCTION	22
MIGRANTS ET MIGRATIONS.....	26
1 Les mouvements migratoires	26
1.1 En Europe	26
1.2 En France	31
2 L'immigration irrégulière en France	38
2.1 Les généralités.....	38
2.2 Les indicateurs de flux de personnes	39
2.2.1 Les indicateurs de pression migratoire à l'entrée (aux frontières métropolitaines).....	40
2.2.1.1 La zone d'attente	40
2.2.1.2 Les refus d'admission	41
2.2.1.3 Les demandes d'asile à la frontière	42
2.2.2 Les indicateurs de pression migratoire au séjour	44
2.2.2.1 Les déboutés du droits d'asile	44
2.2.2.2 Les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière non exécutés	44
2.2.3 Les indicateurs de flux de sortie	45
2.2.3.1 Les titres de séjours délivrés à des étrangers entrés irrégulièrement.....	45
2.2.3.2 Les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière exécutés	45
2.3 Les indicateurs d'estimation de la population en situation irrégulière.....	45
2.3.1 Les infractions à la législation sur les étrangers	45
2.3.1.1 Les étrangers interpellés en situation irrégulière	45
2.3.1.2 Les délits à la police des étrangers en France métropolitaine	46
2.3.2 Le placement en centre de rétention administrative	47
2.3.3 Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État.....	48
3 L'éloignement des étrangers	48
3.1 En Europe	48
3.1.1 La condamnation pénale d'expulsion des étrangers	48
3.1.2 L'expulsion administrative des étrangers en situation irrégulière	53
3.2 En France	65
3.2.1 Les centres de rétention administrative	65
3.2.1.1 Le placement en centre de rétention administrative	65
3.2.1.2 La durée de la rétention	66
3.2.1.3 Les voies de recours	69

3.2.1.4	L'issue de la rétention administrative.....	69
3.2.2	Les étrangers incarcérés.....	70
DROIT PENITENTIAIRE	71
4	L'administration pénitentiaire	71
4.1	La direction de l'administration pénitentiaire	71
4.2	Les services déconcentrés.....	72
5	Les établissements pénitentiaires en France.....	73
5.1	Les maisons d'arrêt.....	73
5.2	Les établissements pour peine.....	74
5.2.1	Les centres pénitentiaires	74
5.2.2	Les maisons centrales	74
5.2.3	Les centres de détention.....	74
5.2.4	Les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées	75
5.3	Les établissements pour mineurs.....	75
5.4	L'établissement public de santé national de Fresnes.....	75
6	La vie en détention.....	76
6.1	Les conditions générales de la détention	76
6.2	Le droit à la défense	76
6.3	Le règlement intérieur	77
6.4	La discipline.....	78
6.4.1	Les fautes disciplinaires.....	79
6.4.2	La procédure disciplinaire	82
6.4.3	Les sanctions.....	84
6.4.3.1	Le confinement en cellule ordinaire	85
6.4.3.2	La mise en cellule disciplinaire	86
6.4.4	Le rôle du médecin	87
6.5	L'isolement.....	88
6.5.1	Qui décide de l'isolement ?	88
6.5.2	Le régime pénitentiaire en cellule d'isolement	89
6.5.3	Le rôle du médecin	90
6.6	Les fouilles.....	91
6.6.1	Les différents types de fouilles.....	92
6.6.1.1	Les fouilles corporelles	92
6.6.1.2	Les fouilles des cellules et des lieux de vie des détenus	93
6.6.2	Le rôle du médecin	93
6.7	L'hygiène.....	94

6.7.1	Les locaux	94
6.7.2	L'hygiène du travail.....	95
6.7.3	L'hygiène personnelle	96
6.8	Les relations des personnes détenues avec l'extérieur.....	97
6.8.1	Les visites.....	97
6.8.2	La correspondance.....	99
6.8.3	Le téléphone.....	100
6.9	La réinsertion	100
6.9.1	Les activités des personnes détenues.....	101
6.9.2	L'assistance spirituelle	105
6.9.3	L'action socio-culturelle	106
7	Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).....	106
7.1	Les missions	107
7.2	Le personnel des SPIP	107
7.3	Les compétences	108
7.3.1	En milieu ouvert.....	108
7.3.2	En milieu fermé	109
7.4	Les partenariats.....	110
8	Le déroulement de l'incarcération.....	110
8.1	La détention provisoire.....	110
8.1.1	Les généralités	110
8.1.2	La durée de la détention provisoire.....	111
8.1.3	L'exécution de la détention provisoire	112
8.2	La procédure d'orientation et d'affectation des personnes condamnées à un établissement pour peine	115
8.3	L'exécution des peines privatives de liberté.....	117
8.3.1	Les généralités	117
8.3.2	La libération sous contrainte.....	118
8.3.3	La période de sûreté	119
8.3.4	La suspension et le fractionnement des peines privatives de liberté.....	119
8.3.5	La réduction de peine	122
8.3.6	Le placement à l'extérieur.....	125
8.3.7	La semi-liberté	127
8.3.8	La permission de sortir.....	129
8.3.9	L'autorisation de sortie sous escorte	131
8.3.10	Le placement sous surveillance électronique	131

8.4	L'application des peines et les procédures d'exécution	133
8.4.1	Le principe de l'individualisation des peines.....	133
8.4.2	Les juridictions d'application des peines	134
8.4.2.1	Les juridictions de l'application des peines du premier degré	134
8.4.2.1.1	Le Juge de l'application des peines	135
8.4.2.1.2	Le Tribunal de l'application des peines	137
8.4.2.2	Les juridictions de l'application des peines du second degré	138
8.4.2.3	Le pourvoi en cassation.....	139
8.4.3	La Commission de l'application des peines.....	139
8.5	Les Autres procédures d'exécution	140
8.5.1	La libération conditionnelle.....	140
8.5.2	Les contraintes pénales.....	145
8.5.3	Le travail d'intérêt général	147
8.5.4	Le sursis et l'ajournement	148
8.5.5	La contrainte judiciaire	149
8.5.6	L'interdiction au séjour	150
8.5.7	Le suivi socio-judiciaire	150
8.5.8	Le placement sous surveillance électronique mobile à titre de mesure de sûreté.....	151
	ORGANISATION DES SOINS EN DETENTION.....	152
9	La loi du 18 Janvier 1994	152
10	Les modifications de la loi du 18 janvier 1994.....	153
10.1	Les unités sanitaires de niveau 1.....	153
10.2	Les unités sanitaires de niveau 2.....	156
10.3	Les unités sanitaires de niveau 3 : hospitalisation à temps complet	156
11	La protection sociale des détenus.....	162
11.1	La protection sociale des détenus français.....	162
11.1.1	L'ouverture des droits et des prestations	162
11.1.2	La couverture médicale complémentaire	164
11.1.3	La fermeture des droits.....	164
11.2	Le cas particulier des détenus étrangers	164
11.2.1	L'ouverture des droits et des prestations	164
11.2.2	La fermeture des droits.....	165
11.2.3	Les conditions d'octroi de l'AME	165
12	Le consentement aux soins.....	166
13	Le libre choix du médecin.....	167
14	Le dossier médical	168

15	Le secret professionnel ET le secret medical	171
15.1	Les principes généraux	171
15.2	Le secret en milieu pénitentiaire.....	173
16	La grève de la faim et de la soif.....	176
17	Les certificats médicaux.....	177
18	Les actions de prévention et d'éducation sanitaire	181
18.1	Le dépistage des maladies infectieuses sexuellement transmissibles : VIH, VHC, VHB	183
18.2	Le dépistage de la tuberculose.....	184
18.3	Les addictions.....	187
18.3.1	Les stupéfiants.....	188
18.3.2	L'alcool	190
18.3.3	Le tabac	190
19	Les soins en dehors de la présence du personnel médical.....	190
20	Le droit à la santé des personnes détenues étrangères.....	191
	MIGRANTS INCARCERES : DES PARTICULARITES LORS DE L'INCARCERATION ?	192
21	Les motifs d'incarcérations des étrangers : quelques chiffres.....	192
22	Les difficultés rencontrées par les détenus étrangers	197
22.1	La communication et l'accès à l'information	197
22.2	L'alphabétisation et l'enseignement	198
22.3	L'indigence, le travail, la sécurité sociale et la retraite	199
22.4	Les liens familiaux.....	199
22.5	La liberté de conscience et religieuse.....	200
22.6	Le « tri ethnique »	200
22.7	L'accès aux droits	200
22.8	L'éloignement du territoire français comme seule optique après la détention	201
22.9	La libération conditionnelle et l'éloignement.....	202
23	La santé des détenus étrangers	202
23.1	La santé des migrants	202
23.2	La santé des détenus	205
23.3	L'impact de la détention sur la santé	211
24	Les migrants sortant de prison	214
24.1	Les mesures d'éloignement des étrangers sortant de prison.....	214
24.2	L'accès aux soins lorsque l'étranger reste sur le territoire français.....	225
25	Le droit au séjour pour raison de santé.....	227
25.1	La carte de résident temporaire pour raison de santé.....	227
25.2	La protection contre l'éloignement pour raison de santé	229

25.3	La procédure « étranger malade »	229
25.4	Le migrant non privé de liberté.....	230
25.5	Le migrant privé de liberté.....	237
25.5.1	La procédure « étranger malade » au cours de la rétention administrative	237
25.5.2	La procédure « étranger malade » au cours de la détention.....	239
ETUDE DE LA JURISPRUDENCE		242
II. ETUDE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.....		279
1	Les objectifs	279
2	Le matériel : les médecins des unités sanitaires de niveau 1	279
3	La méthode.....	280
3.1	Les autorisations	280
3.2	Le déroulement de l'entretien	281
3.3	Le recueil des données	281
3.4	La grille d'entretien	282
3.5	Le traitement du recueil des données.....	282
3.6	l'analyse quantitative	282
3.7	L'analyse qualitative	282
III. RESULTATS		283
1	Les résultats quantitatifs	283
1.1	constitution de l'échantillon	283
1.2	Première partie : généralités	283
2	Les résultats qualitatifs.....	286
2.1	Généralités concernant la « procédure étranger malade ».....	286
2.1.1	Connaissance / Méconnaissance de la procédure.....	286
2.1.2	Le comportement face à la demande	289
2.1.3	Les chiffres, les pays et les pathologies	291
2.1.4	La mise en place de la procédure	294
2.1.5	Le moment le plus approprié pour débiter une procédure « étranger malade ».....	297
2.1.6	Les difficultés	299
2.2	L'article l313-11-11° du ceseda	301
2.2.1	La condition de résidence habituelle en France	301
2.2.2	La prise en charge médicale	303
2.2.3	Les circonstances d'une exceptionnelle gravité	306
2.2.4	Les circonstances humanitaires exceptionnelles.....	309
2.2.5	Le traitement.....	311
2.2.5.1	L'échelle de temps	311

2.2.5.2	Les outils	314
2.2.6	Le comportement du médecin face à un détenu étranger atteint du VIH en détention 316	
2.3	Le rapport médical	319
2.3.1	Les éventuels outils mis en place par les médecins.....	319
2.3.2	Le contenu de l'information	321
2.3.3	Les difficultés dans la collecte des éléments médicaux.....	323
2.3.4	La transmission du rapport	325
2.3.4.1	A qui ?.....	325
2.3.4.2	Comment ?	327
2.3.4.3	Dans quel délai ?.....	330
2.3.5	Les partenariats	331
2.4	Les relations avec le mars et le préfet.....	333
2.4.1	Les demandes de pièces complémentaire et leur transmission	333
2.4.2	Les pressions subies.....	335
2.4.3	Les décisions du MARS et du Préfet	336
2.5	Les attentes des médecins relative à cette procédure.....	338
2.6	Questions ne faisant pas partie de la grille initiale d'entretien	341
IV.	DISCUSSION	345
1	Objectifs de l'étude	345
2	Methode.....	345
3	Echantillon	346
4	Recueil des données.....	346
5	Biais de l'étude.....	347
6	Analyse des resultats.....	348
6.1	Résultats quantitatifs.....	348
6.2	Résultats qualitatifs	350
6.2.1	Les Constats.....	350
6.2.2	La procédure « étranger malade »	356
6.2.2.1	Les pathologies concernées.....	356
6.2.2.2	Les pays d'origine concernés.....	358
6.2.2.3	L'attitude des médecins face à un patient demandeur	360
6.2.2.4	Le moment le plus approprié pour débiter la procédure « étranger malade » en détention	361
6.2.2.5	La collaboration/coordination	361
6.2.2.6	Le rapport médical	363

6.2.2.6.1	La rédaction du rapport médical.....	364
6.2.2.6.2	L'envoi du rapport.....	365
6.2.2.7	Les outils.....	367
6.2.2.8	Les difficultés	369
6.2.2.9	Le texte	370
6.2.2.10	Les relations	374
6.2.3	Pour conclure	377
7	Proposition de loi sur l'immigration.....	377
8	Synthèse	379
9	Suggestions.....	386
V.	CONCLUSIONS.....	391
	LEXIQUE.....	393
	ANNEXES.....	394
	BIBLIOGRAPHIE	418

I. INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2015, 249 298 personnes étaient prises en charge par l'administration pénitentiaire dont 77 291 sous écrou et 172 007 personnes suivies en milieu ouvert, selon le Ministère de la Justice ^[39]. Ces personnes sont prises en charge dans les 188 établissements pénitentiaires français.

Les chiffres de l'administration pénitentiaire ^[39] montrent qu'en 2015, 19 % de la population carcérale sont étrangers : 38 % sont originaires d'Europe, 49,1 % d'Afrique, 7,4 % du continent américain, 4,4 % d'Asie et d'Océanie, et 1,1 % originaires d'autres pays ou de nationalité inconnue.

En détention, les personnes malades doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale ^[71]. Le code de déontologie médicale, repris dans le code de santé publique, rappelle que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (Art R 4127-7 du CSP et art 7 du code de déontologie médicale). Le même code de déontologie prévoit aussi que le médecin « *doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* » (Art R 4127-50 du CSP et art 50 du code de déontologie médicale). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a indiqué que le médecin de l'unité sanitaire était le médecin traitant des personnes détenues et qu'il devait agir comme tel.

La population carcérale est une population touchée par des maladies graves parfois à fort risque de transmission (VIH, VHC, tuberculose ...) si le patient n'est pas dépisté et traité correctement, ce qui permet de retirer un bénéfice collectif. Mais le bénéfice individuel doit aussi être pris en compte car ces pathologies, si elles ne sont pas soignées de façon continue, peuvent engendrer une forte altération de la santé pour le patient.

Parmi cette population carcérale, il existe une population croissante de migrants (19 % en 2015 contre 18 % en 2014). Selon, l'OMS, il existe une corrélation étroite entre les mouvements de population et la propagation de certaines maladies ^[63, 147].

Dans la littérature internationale, nous retrouvons les mêmes problématiques relatives aux migrants qu'en France. Les différents systèmes de santé et de prise en charge des étrangers varient d'un pays à un autre. Les migrants ont un accès plus limité aux soins que les autres patients à cause d'obstacles institutionnels (barrière financière, manque d'information ou refus de prise en charge par certains services), ou alors venir de barrières que se mettent eux-mêmes les étrangers (peur, honte) ^[5,6].

Une étude anglaise ^[4] a montré que les migrants étaient atteints de pathologies spécifiques telles que la tuberculose, les infections par le VIH, le VHC, VHB, les pathologies parasitologiques (helminthiases) et les troubles psychiatriques (anxiété, dépression, état de stress post traumatique, troubles psychotiques). Ces constats sont en accord avec les connaissances françaises de l'état de santé des migrants en France.

La santé des migrants est donc un problème de santé publique devenant de plus en plus important. Lorsque ces migrants se trouvent en situation irrégulière sur le territoire français, ils peuvent faire l'objet de mesures d'éloignement. Pour protéger les migrants malades d'une mesure d'éloignement, il existe une procédure administrative, dans laquelle intervient le médecin, leur permettant d'obtenir un titre de séjour pour « raison de santé », il s'agit de la procédure « étranger malade ». Cette procédure permet entre autre à l'étranger d'avoir une situation administrative moins précaire et une couverture sociale de droit commun plus protectrice que l'Aide Médicale d'État (AME).

Certains migrants en situation irrégulière sont parfois privés de liberté soit en centre de rétention administrative soit en détention.

Lorsque ces patients étrangers sont incarcérés et qu'ils sont atteints d'une pathologie pour laquelle ils pourraient bénéficier d'une procédure étranger malade, celle-ci devrait pouvoir être initiée en détention ^[31]. Or, les médecins exerçant dans les unités médicales des centres de rétention administratives (UMCRA) exposent qu'ils initient parfois de telles procédures chez des patients placés en rétention administrative à l'issue d'une incarcération. En effet, selon eux, cette procédure ne serait pas toujours mise en place pendant la période de détention. Il semble judicieux que cette procédure soit, quand elle est justifiée, initiée en détention puisque, bien souvent, le temps d'une incarcération est plus long que celui de la rétention administrative qui en moyenne est de l'ordre de moins de deux semaines, et ce, même si la rétention administrative en France peut être prolongée pendant quarante-cinq jours.

Nous nous sommes ainsi proposés d'étudier la mise en place de la procédure « étranger malade » en détention.

Dans un premier temps, nous avons exposé des généralités concernant les migrants et la migration, puis nous avons rappelé les notions de droit pénitentiaire et de droit relatif aux étrangers, indispensables à connaître pour le médecin exerçant en détention.

Ensuite, nous avons réalisé une étude de la jurisprudence afin de pouvoir mettre en évidence de quelle façon est interprétée cette partie du droit par les tribunaux.

Enfin, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins d'unités sanitaires pénitentiaires afin de mieux connaître les difficultés qu'ils rencontraient et leurs attentes.

Dans cette étude nous avons choisi de nous limiter aux maisons d'arrêt. En effet, dans ces établissements le temps d'incarcération étant plus court qu'en centre pour peine, les pathologies sont suivies sur un temps plus court et la question de la mise en place d'une protection contre l'éloignement ou d'un droit au séjour pour raison de santé nous semble être plus aigu.

Nous ne parlerons dans ce travail que des détenus majeurs. En effet les pathologies qui peuvent justifier une telle procédure nous paraissent plus fréquentes chez les majeurs que chez les mineurs, de plus les détenus mineurs sont moins nombreux que les majeurs et donc les médecins travaillant dans les établissements pénitentiaires pour mineurs sont moins concernés. Par ailleurs le droit des étrangers mineurs diffère de celui des majeurs.

MIGRANTS ET MIGRATIONS

1 LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES

1.1 EN EUROPE

Le Traité de Maastricht signé le 7 février 1992, a permis de mettre en place l'« Union Européenne » (UE) le 1^{er} novembre 1993. L'UE comprenait alors douze pays membres (la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni). Au fil des années, l'UE a accueilli d'autres pays en son sein. Le dernier pays à être entré dans l'UE est la Croatie en 2013. L'UE compte à ce jour vingt-huit pays (*Tableau 1*).

PAYS	DATE D'ADHESION	PAYS	DATE D'ADHESION
Allemagne	1951	Italie	1951
Autriche	1995	Lettonie	2004
Belgique	1951	Lituanie	2004
Bulgarie	2007	Luxembourg	1951
Croatie	2013	Malte	2004
Chypre	2004	Pays-Bas	1951
Danemark	1973	Pologne	2004
Espagne	1986	Portugal	1986
Estonie	2004	République tchèque	2004
Finlande	1995	Roumanie	2007
France	1951	Royaume-Uni	1973
Grèce	1981	Slovaquie	2004
Hongrie	2004	Slovénie	2004
Irlande	1973	Suède	1995

Tableau 1 : États membres de l'Union européenne en 2015 et leur date d'entrée dans l'UE ^[151].

L'histoire des migrations vers l'Europe peut se diviser en trois grandes périodes : les migrations pendant et après la première guerre mondiale, les migrations après la seconde guerre mondiale et les migrations depuis 1973 ^[13].

- Les migrations pendant et après la première guerre mondiale

La première guerre mondiale a laissé derrière elle une situation démographique très préoccupante dans la plupart des pays de l'UE. Le décès des hommes en âge de travailler a créé une pénurie de main-d'œuvre, dans un contexte de reconstruction et de croissance économique. Pour pallier à cette pénurie, certains pays ont conclu des accords favorisant l'immigration économique. La France a recruté pour son économie dans les années 1920, des immigrés provenant d'Italie, de Pologne et de Tchécoslovaquie. La crise économique de 1930 a entraîné le retour d'ouvriers immigrés dans leurs pays d'origine.

L'Europe a aussi connu des vagues de migrations forcées en relation avec la montée du fascisme et du nazisme dans les années 1930. L'instauration du gouvernement fasciste en Italie a engendré une première vague de migrations forcées des militants, des communistes et des anarchistes. Il y a eu aussi les réfugiés d'Europe centrale fuyant le nazisme dans les années 1930. L'arrivée au pouvoir d'Hitler en 1933, a causé des départs vers les autres pays européens. La guerre d'Espagne en 1936 a elle aussi créé une vague d'immigration forcée.

Entre 1936 et 1952, la politique de Staline a engendré la déportation de près de 3 millions de personnes résidant près des frontières occidentales de l'Union soviétique vers la Sibérie, et d'autres Républiques d'Asie centrale.

Ces vagues de migrations importantes ont considérablement reconstitué le paysage démographique de l'Europe.

- La migration après la seconde guerre mondiale et jusqu'en 1973 (Tableau 2)

La seconde guerre mondiale a laissé, elle aussi, derrière elle, des millions de morts favorisant ainsi des migrations économiques en provenance des pays en voie de développement.

A la fin de la seconde guerre mondiale, les nouvelles délimitations territoriales (Allemagne, Pologne, Tchécoslovaquie) ont créé un grand mouvement migratoire de retour des personnes d'origines allemande, polonaise et tchécoslovaque.

La chute du régime nazi a engendré deux orientations idéologiques et politiques différentes au sein de l'Europe. D'un côté, l'Europe de l'ouest devint un régime démocratique et ouvert. De l'autre côté, l'Europe de l'est devint un régime autoritaire et fermé sous la tutelle du régime communiste soviétique. Cette division à l'origine de la « guerre froide » favorisera les flux de réfugiés de l'est vers l'ouest.

Dans les années 1960-1970, l'Europe de l'ouest a été confrontée à un processus de décolonisation, ce qui a engendré aussi des flux migratoires provenant des pays colonisés.

PAYS D'ACCUEIL	ANNEES	NOMBRE D'ETRANGERS	PART DES ETRANGERS (%)
France	1954	1 766 100	4,09
	1965	2 683 490	5,48
	1974	4 128 312	7,7
Suisse	1954	285 446	6,05
	1965	810 243	13,4
	1974	1 064 526	16,5
Belgique	1954	379 749	4,29
	1965	636 749	6,7
	1974	775 185	7,49
Allemagne	1954	484 819	9,92
	1965	2 318 100	3,96
	1974	4 127 400	6,65
Pays - Bas	1954	106 480	0,98
	1965	134 792	1,12
	1974	282 361	2,11
Suède	1954	111 111	1,54
	1965	320 580	4,04
	1974	401 158	4,91

Tableau 2 : Nombre et part des étrangers dans certains pays d'accueil (Sources : Gitmez, 1983).

- Les migrations depuis 1973

La crise pétrolière de 1973-1974 a amené les pays industrialisés de l'Europe de l'ouest à mettre fin au recrutement de main-d'œuvre étrangère, ce qui augmenta les disparités économiques entre les pays riches industrialisés du Nord et les pays pauvres du Sud d'où une pression migratoire vers cette même Europe occidentale.

Puis l'arrivée au pouvoir des régimes militaires, non démocratiques et autoritaires dans les pays du tiers-monde, a aggravé la situation sur le plan des droits de l'homme et des libertés individuelles en poussant de nombreux individus s'opposant aux régimes en place à quitter leur pays d'origine pour trouver asile dans les pays démocratiques de l'Europe de l'ouest.

Ainsi, à partir de 1980, l'Europe a connu un flux de migration venant de l'Afrique et de l'Asie, en raison de la violation des droits humains et des libertés individuelles, de la répression politique, des catastrophes écologiques et naturelles de ces pays pauvres.

Dans les années 90, l'Europe a connu un nouveau flux des réfugiés « de guerre » lors de l'éclatement de la Yougoslavie. Environ 4,6 millions de personnes ont fui leur pays pour trouver refuge ailleurs dont près de 700 000 personnes se sont réfugiées en Europe de l'ouest.

LA MIGRATION ET LES STATISTIQUES DE LA POPULATION IMMIGREE EN 2013

La migration est donc influencée par une combinaison de facteurs économiques, politiques et sociaux : soit dans le pays d'origine du migrant soit dans le pays de destination. La prospérité économique et la stabilité politique de l'Europe ont exercé un effet d'attraction sur les immigrants. La migration internationale a été utilisée comme un outil pour répondre à la pénurie sur le marché du travail.

En 2013, 3,4 millions de personnes ont immigré dans l'un des vingt-huit pays de l'UE de cette époque ^[155].

Parmi les 3,4 millions d'immigrants au cours de l'année 2013, 1,4 millions d'immigrants avaient la nationalité d'un pays non membre de l'UE, 1,2 millions d'immigrants avaient la nationalité d'un pays de l'UE, 830 000 personnes ont migré vers un État membre de l'UE dont ils avaient la nationalité et environ 6 100 personnes étaient apatrides².

L'Allemagne a signalé le plus grand nombre d'immigrants (692 700) en 2013, suivie par le Royaume-Uni (526 000), la France (332 600), l'Italie (307 500) et l'Espagne (280 800) (*Tableau 3*).

² Voir lexique

	Total des immigrants	Nationaux		Non- nationaux					
		nombre	%	Total		Citoyens d'autres États membres de l'UE		Citoyens de pays tiers	
				nombre	%	nombre	%	nombre	%
Belgique	118 300	14 800	12,5	102 900	87	55 800	47,2	47 100	39,8
Bulgarie	18 600	4 800	25,7	13 800	74,2	1 800	9,7	12 000	64,5
République tchèque	30 100	7 200	24	22 900	76	11 900	39,4	11 000	36,6
Danemark	60 300	14 500	24	45 300	75	21 200	35,1	24 100	40
Allemagne	692 700	57 700	8,3	629 900	90,9	345 700	49,9	284 200	41
Estonie	4 100	1 700	42,5	2 300	56,8	400	9,4	2 000	47,5
Irlande	59 300	10 600	18	48 700	82	22 200	37,5	26 400	44,6
Grèce	47 100	19 100	40,5	28 000	59,5	13 900	29,5	14 100	30
Espagne	280 800	21 600	7,7	259 200	92,3	85 000	30,3	174 100	62
France	332 600	77 000	23,2	255 600	76,8	94 400	28,4	161 200	48,5
Croatie	10 400	1 100	10,3	9 300	89,7	2 000	18,9	7 300	70,7
Italie	307 500	24 300	7,9	283 100	92,1	75 700	24,6	207 400	67,5
Chypre	13 100	1 700	12,9	11 500	87,1	6 300	47,6	5 200	39,5
Lettonie	8 300	4 300	51,8	4 000	48	1 500	18,3	2 500	29,8
Lituanie	22 000	17 000	77,2	5 000	22,8	1 700	7,9	3 300	14,9
Luxembourg	21 100	1 500	7	19 200	90,8	13 500	63,9	5 700	26,9
Hongrie	39 000	9 900	25,5	29 000	74,5	13 600	34,8	15 500	39,7
Malte	8 400	1 900	22,9	6 500	77,1	3 000	35,6	3 500	41,5
Pays-Bas	129 400	24 200	18,7	105 200	81,3	50 500	39	54 700	42,2
Autriche	101 900	8 500	8,3	93 400	91,7	56 500	55,5	36 900	36,2
Pologne	220 300	111 300	50,5	109 000	49,5	45 600	20,7	63 400	28,8
Portugal	17 600	9 700	55,5	7 800	44,5	2 500	14,4	5 300	30,1
Roumanie	153 600	120 100	78,2	31 500	20,5	6 500	4,2	25 100	16,3
Slovénie	13 900	1 600	11,5	12 300	88,5	3 100	22,5	9 200	66
Slovaquie	5 100	800	15,9	4 300	84,1	3 400	65,8	900	18,3
Finlande	31 900	6 500	20,2	24 400	76,2	9 800	30,6	14 600	45,7
Suède	115 800	15 300	13,2	100 400	86,7	26 200	22,6	74 200	64,1
Royaume-Unis	526 000	69 900	13,3	456 200	86,7	192 500	36,6	263 200	50

Tableau 3 : Nombre d'immigrants déclarés par les pays de l'UE en 2013 (Sources Eurostat ^[155]).

En ce qui concerne la répartition par sexe des immigrants vers l'UE en 2013, il y avait légèrement plus d'hommes que les femmes (53 % contre 47 %). Le pays signalant la plus forte proportion d'immigrants de sexe masculin a été la Slovénie (61 %). En revanche, la plus forte proportion de femmes immigrées a été signalée en Irlande (52 %) (Figure 1).

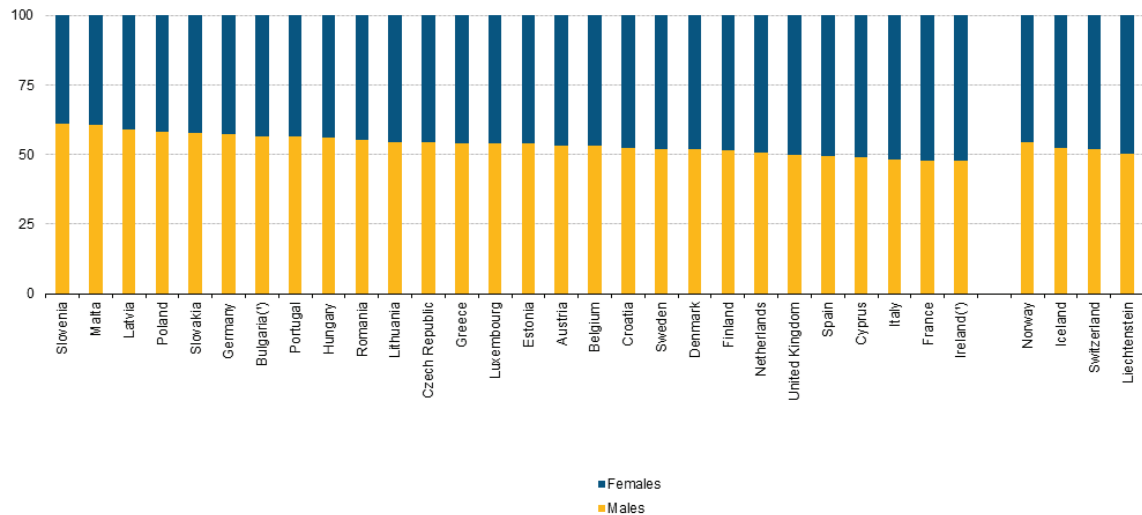


Figure 1 : Immigrés par sexe en 2013 (Source Eurostat 2013 ^[155]).

L'âge des immigrants dans l'UE était, en moyenne, beaucoup plus jeune que la population résidente dans l'UE. Le 1^{er} Janvier 2014, l'âge médian de la population de l'UE était de 42 ans, tandis que l'âge médian des immigrants, en 2013, était de 28 ans.

1.2 EN FRANCE

Tout d'abord deux définitions : (INSEE, art L111-1 du CESEDA)

- Un étranger est une personne qui réside en France mais qui ne possède pas la nationalité française. Elle peut soit posséder une autre nationalité (à titre exclusif), soit n'en avoir aucune (c'est le cas des personnes apatrides).

À la différence du statut d'immigré, la qualité d'étranger peut être modifiée, il est possible de devenir français par acquisition.

- Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et qui réside en France. La qualité d'immigré perdure tout au long de la vie, même s'il y a nationalisation. C'est le pays de naissance et non la nationalité à la naissance qui définit l'immigré.

La France est un pays d'immigration ancienne. La tradition d'immigration en France est due essentiellement à la baisse de sa fécondité ayant débuté dès le milieu du XVIII^e siècle alors que le pays s'industrialisait. Les motifs sont variables : travail, regroupement familial, demande d'asile...

Au début du siècle, la France comptait déjà 1 million d'immigrés (environ 3% de la population totale). Cette proportion a augmenté fortement au cours de deux grandes vagues d'immigration qui sont corrélées au besoin de main d'œuvre dans un contexte de croissance économique (Figure 2).

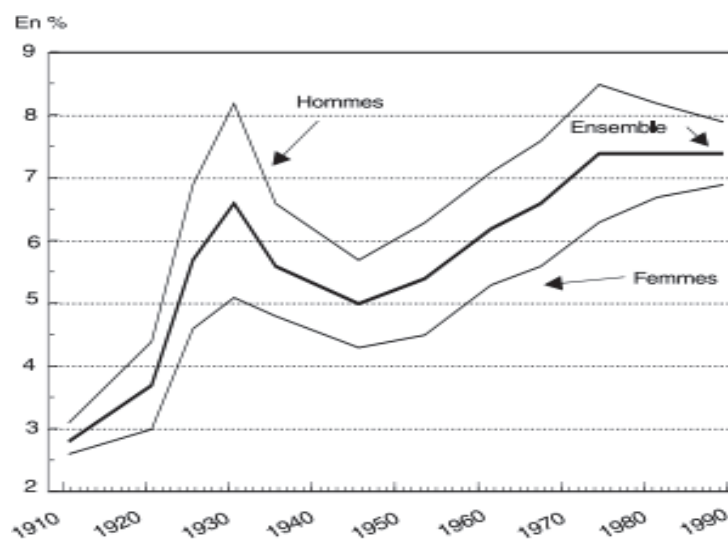


Figure 2 : Part de la population immigrée dans la population totale (Source : INSEE, recensement de la population)^[42].

- La première vague, de 1920 à 1930, se caractérise par une immigration européenne et frontalière (Italie, Pologne, Espagne)

Après la première guerre mondiale, 1,4 millions d'hommes jeunes ont été tués ou étaient invalides. C'est pourquoi les années 20 ont été marquées par une immigration massive, le gouvernement ayant conclu des conventions d'immigration avec plusieurs pays frontaliers et d'Europe centrale.

En 1931, l'effectif des immigrés atteignait son maximum (*Figure 2*). Puis la crise des années trente a fortement ralenti l'immigration. En 1932, plusieurs lois et décrets ont rendu plus difficile l'entrée de travailleurs étrangers en France. Entre 1936 et 1939, l'immigration avait repris en raison de l'arrivée des réfugiés espagnols. Mais la seconde guerre mondiale engendra beaucoup de retour et de décès. A partir de 1945, pour pallier de nouveau à l'insuffisance de main d'œuvre dans le contexte de reconstruction et de croissance, l'État a encouragé officiellement l'immigration, mais souhaité mieux la contrôler. C'est donc en 1946 que l'Office national d'immigration (ONI) fut créé pour recruter et introduire des travailleurs étrangers et leur famille. En 1952, la France signait la convention de Genève de 1951 et créait l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). L'immigration qui avait repris depuis 1945 connut sa deuxième vague.

- La deuxième vague, de 1956 à 1973, se caractérise par une immigration post coloniale (Algérie, Tunisie, Maroc, Afrique noire française) et européenne (Espagne, Portugal)

L'effectif de 1931, a été dépassé en 1962 (environ 3 millions). Mais à partir de 1974, le gouvernement préoccupé par le ralentissement de la croissance économique voulut limiter le nombre d'étrangers. Il décida alors l'arrêt officiel de l'immigration hors droit d'asile. Mais l'entrée des travailleurs ne s'est jamais vraiment tarie. Et depuis 1975, c'est l'immigration de regroupement familial qui prédominait selon les données de l'ONI (devenu OMI : office des migrations internationales en 1987).

Entre 2004 et 2012, 200 000 immigrés (en moyenne) par an sont entrés en France, ce qui correspond à une augmentation de 90 000 personnes par an en tenant compte des décès et des départs.

En 2013, selon l'INSEE, 5,8 millions d'immigrés vivaient sur le territoire français, soit 8,8 % de la population résidant en France.

LES ORIGINES DES IMMIGRES :

Au début du siècle, les immigrés venaient surtout d'Italie. En 1962, les immigrés italiens représentaient le premier contingent (32 % de cette population). Les autres contingents étaient représentés par les immigrés d'Espagne, d'Algérie et de Pologne. Leurs effectifs ont diminué peu à peu mais celui des immigrés italiens resta le plus important jusqu'en 1975. A partir de cette période, l'éventail des origines des immigrés s'est élargi, avec des immigrés venant du Portugal, du Maroc, d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud-est.

En 1990, les immigrés du Portugal, d'Algérie, d'Italie, du Maroc et d'Espagne représentaient 60 % de la population immigrée. Mais la part des migrants en provenance des pays en développement (Turquie, Afrique noire, Asie) s'est accrue tout en restant minoritaire (*Figure 3*).

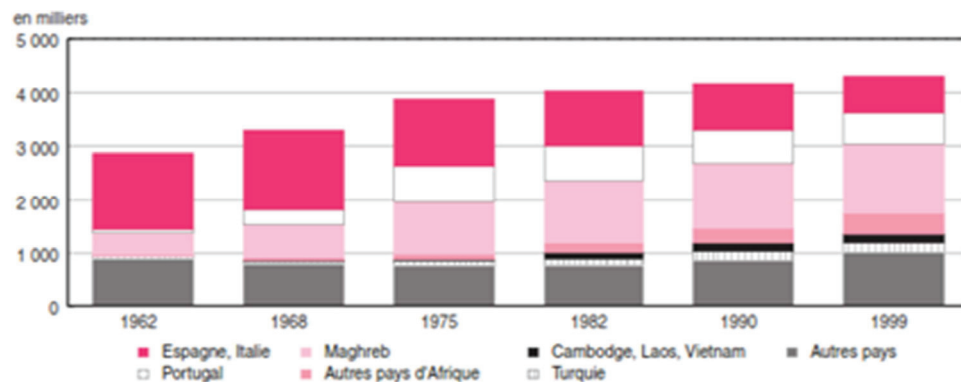


Figure 3 : Evolution de l'effectif des immigrés par pays d'origine

(Source INSEE. Recensements de la population. 1962-1999) ^[41].

Dans les dernières décennies, les origines géographiques des immigrés se sont beaucoup diversifiées.

En 2012, parmi les immigrés, près d'un sur deux est né dans un pays européen (Portugal, Grande-Bretagne, Espagne, Italie, Allemagne). Mais entre 2009 et 2012, le nombre d'immigrés en provenance d'Afrique du Nord (Maroc, Tunisie, Algérie) a augmenté (*Figure 4, Tableau 4*).

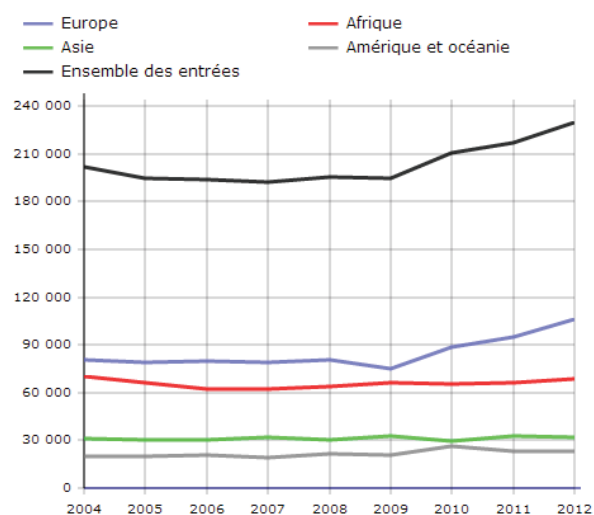


Figure 4 : Evolution du nombre d'entrées d'immigrés depuis 2004 par continent de naissance

(Source : INSEE, enquêtes annuelles de recensement de 2005 à 2013) ^[38].

Pays de naissance	Entrants en France en 2012 (en %)	Part des femmes (en%)
Ensemble	100	54
Europe	46	51
Portugal	8	45
Royaume-Uni	5	51
Espagne	5	51
Italie	4	49
Allemagne	4	54
Roumanie	3	49
Belgique	3	50
Russie	2	60
Suisse	2	55
Pologne	2	55
Afrique	30	54
Maroc	7	56
Algérie	7	56
Tunisie	3	44
Asie	14	59
Chine	3	67
Turquie	2	54
Amérique, Océanie	10	56
État -Unis	2	58
Brésil	2	54

Tableau 4 : Pays de naissance des immigrés entrés en France en 2012 et part des femmes

(Source : INSEE, enquête annuelle de recensement de 2013).

L'AGE ET LE SEXE DES IMMIGRES :

La population immigrée était, au début du siècle, une population adulte et masculine (Figure 5 et 6).

En 1931, les hommes étaient plus nombreux du fait de l'immigration de main d'œuvre. En raison de l'immigration de regroupement familial, la proportion de femmes immigrées a augmenté. Depuis 1980, les femmes migrent pour d'autres raisons (trouver un travail ou pour suivre leurs études). La part des femmes immigrées a peu varié selon le continent de naissance entre 2004 et 2009 mais un décalage s'est installé en 2012 puisque 59 % des immigrées femmes étaient originaires d'Asie (Tableau 4).

L'âge de la population immigrée est donc devenu peu à peu hétérogène du fait de l'ancienneté des vagues d'arrivée.

Début 2012, l'âge moyen des immigrés était de 45 ans mais l'âge moyen des nouveaux arrivants était de 28 ans. Les hommes et les femmes arrivants avaient à peu près le même âge.

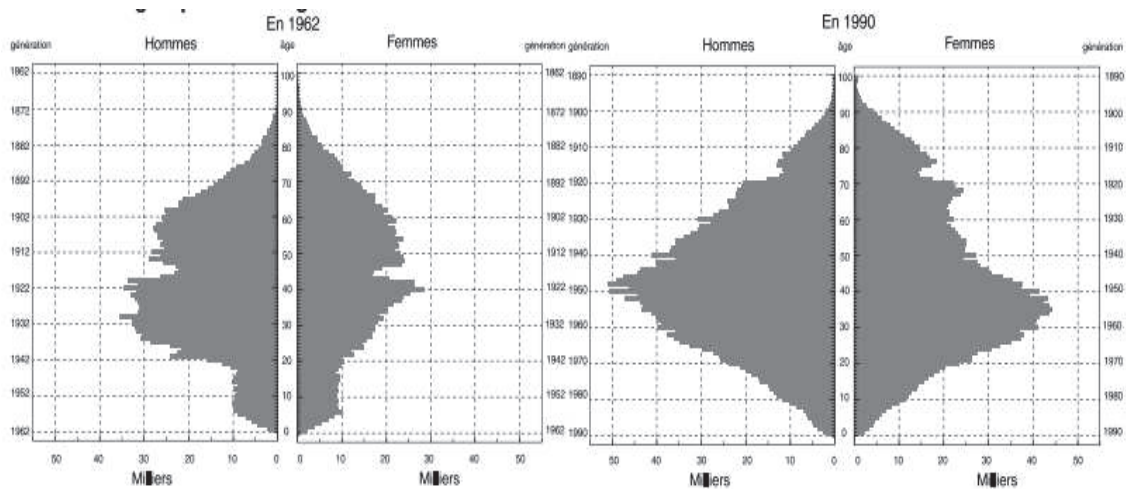


Figure 5 : Les immigrés par sexe et âge (Source : INSEE, recensement de la population).

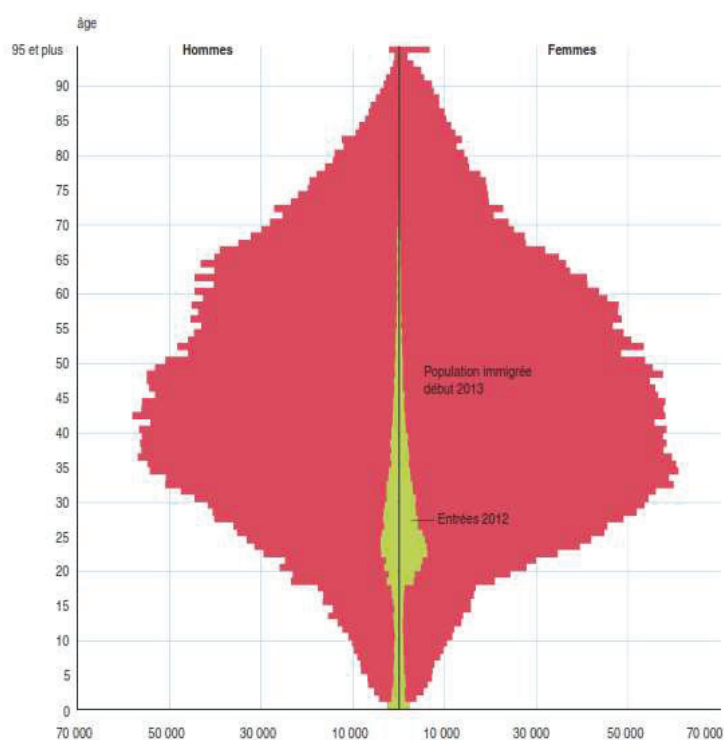


Figure 6 : Pyramide des âges des entrées d'immigrés en 2012 et de la population immigrée début 2013
(Source, INSEE, enquête annuelle de recensement de 2013).

	Immigrés (en %)
Part des hommes	49
Part de la population ayant :	
Moins de 15 ans	5
15 à 24 ans	9
25 à 54 ans	55
55 ans ou plus	31
Nombres en milliers	5 342
Poids dans la population totale	8,4

Tableau 5 : Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2008.

(Source INSEE, RP 2008 exploitation principale)

2 L'IMMIGRATION IRRÉGULIÈRE EN FRANCE

2.1 LES GÉNÉRALITÉS

L'immigration irrégulière demeure par définition indénombrable car elle échappe au recensement. Pour entrer sur le territoire français, un étranger doit être muni d'un passeport en cours de validité, d'un visa (sauf accords internationaux particuliers), de documents relatifs aux motifs de son séjour, aux conditions de son hébergement, à ses moyens d'existence, aux garanties de son éventuel rapatriement, à la souscription d'une assurance maladie et pour celui qui souhaite exercer une activité professionnelle, d'une autorisation de travail (*Art L211-1 du CESEDA*).

L'immigration irrégulière revêt des formes diverses :

- Un étranger peut entrer irrégulièrement sur le territoire national mais ne pas désirer y séjourner. Dans ce cas, la France est un pays de transit. C'est ce qui semble se passer actuellement à la frontière italienne pour la majorité des migrants qui veulent rejoindre les pays de l'Europe du Nord.
- Un étranger peut entrer irrégulièrement sur le territoire national et désirer y séjourner.
- Un étranger peut s'être maintenu en France plus de trois mois après son entrée régulière sans faire de demande de titre de séjour.
- Un étranger peut avoir sollicité la délivrance d'un titre de séjour et ne pas l'avoir obtenu.
- Un étranger peut avoir été titulaire d'un titre de séjour et ne pas avoir demandé ou obtenu son renouvellement ou s'être fait retirer son titre de séjour.

Il existe une différence entre immigrés en situation irrégulière et clandestins. Selon le rapport de commission d'enquête n° 300 (2005-2006) ^[61], les clandestins sont ceux qui n'ont jamais eu affaire à l'administration.

Une enquête sur l'immigration clandestine qui a été demandée par le Sénat en 2005 ^[61], détermine qu'entre 200 000 et 400 000 étrangers en situation irrégulière étaient présents sur le territoire national et qu'entre 80 000 et 100 000 migrants illégaux entreraient chaque année sur le territoire national. Cette estimation « *résulte notamment du nombre de demandeurs d'asile, diminué du nombre de personnes ayant obtenu le statut de réfugié, du nombre de personnes ayant été régularisées et du nombre d'arrêtés de reconduite à la frontière pris et exécutés à l'encontre de demandeurs d'asile déboutés* ». Elle est aussi basée sur le nombre d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant de l'AME et doit tenir compte des régularisations et des départs volontaires.

Selon le rapport du COMEDE ^[68], fin 2012, le Ministère de l'Intérieur estimait à 350 000 le nombre d'étrangers résidant sur le territoire sans droit au séjour.

L'État dispose de divers indicateurs pour tenter de quantifier cette immigration irrégulière ^[69]. Ces indicateurs sont classés en deux grandes catégories :

- Les indicateurs de flux de personne.
- Les indicateurs d'estimation de la population en situation irrégulière sur le territoire national.

Ils permettent de donner des indications sur les flux d'étrangers entrant ou sortant annuellement, de l'ensemble de la population en situation irrégulière et sur une partie des personnes séjournant irrégulièrement sur le territoire.

2.2 LES INDICATEURS DE FLUX DE PERSONNES

Les flux de personnes sont définis par : la pression migratoire à l'entrée, la pression migratoire au séjour et à la sortie ^[69]. Ces différentes pressions migratoires sont définies par des indicateurs spécifiques qui sont détaillés ci-après.

2.2.1 Les indicateurs de pression migratoire à l'entrée (aux frontières métropolitaines)

Les indicateurs de la pression migratoire à l'entrée sont :

- Le nombre de placement en zone d'attente.
- Le nombre de refus d'admission.
- Les demandes d'asile à la frontière³.

2.2.1.1 La zone d'attente

Si l'étranger arrivant en France par voie ferroviaire, maritime ou aérienne n'est pas autorisé à entrer sur le territoire ou s'il demande son admission au titre de l'asile, il peut être maintenu dans une zone d'attente (gare, port, aéroport) pour la durée qui est strictement nécessaire à son départ ou à l'examen de sa demande d'asile (*Art L221-1 du CESEDA*).

La zone d'attente est délimitée par l'autorité administrative compétente (*Art L221-2 du CESEDA*).

La décision de maintien en zone d'attente doit être écrite et motivée. Elle est prononcée pour une durée de quatre jours maximum par un agent relevant d'une catégorie fixée par voie réglementaire. Cette décision est portée à la connaissance du Procureur de la République, sans délai (*Art L221-3 du CESEDA*).

Le maintien en zone d'attente peut être prolongé au-delà des quatre jours, par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) pour une durée maximale de huit jours (*Art L222-1 du CESEDA*).

Au-delà de ces douze jours, le JLD peut, à titre exceptionnel ou en cas de volonté délibérée de l'étranger à faire échec à son départ, prolonger le maintien en zone d'attente d'encore huit jours maximum (*Art L222-2 du CESEDA*).

En 2011, 8 317 étrangers ont été maintenus en zone d'attente contre 8910 en 2010 (*Figure 7*).

En 2012, 8 705 étrangers ont été maintenus en zone d'attente et 9 040 en 2013.

³ Voir lexique

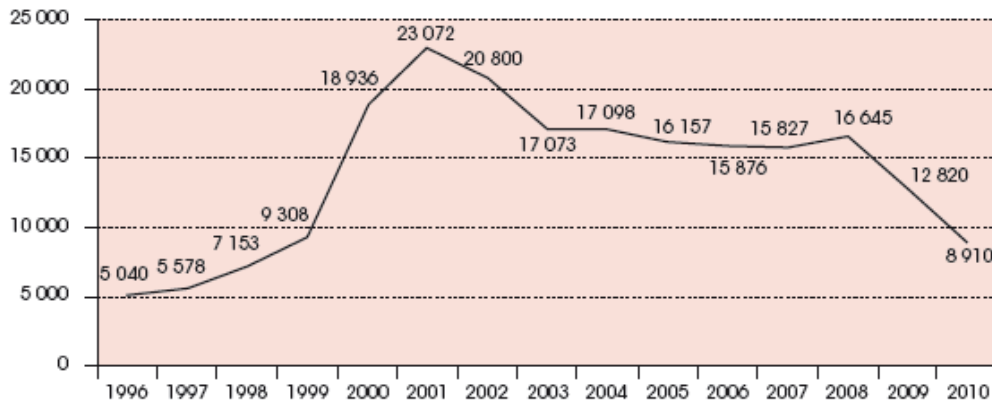


Figure 7 : Evolution des maintiens en zone d'attente (Source : MIOCTI/DCPAF).

2.2.1.2 Les refus d'admission

Cet indicateur mesure le nombre de personnes pour lesquelles une mesure de non-admission a été notifiée lors de leur présentation à la frontière, auxquelles il faut rajouter les personnes réadmisées vers un autre État.

Il existe deux types de réadmissions :

- Les réadmissions « simplifiées » correspondant à l'ensemble des renvois effectués sans délai par les services de police par délégation formelle de l'autorité préfectorale sans aucune formalité de la part des autorités frontalières au moment de l'interpellation de l'étranger (Art L531-1 du CESEDA). Ces réadmissions ne correspondent pas à une mesure d'éloignement à proprement parler.
- Les réadmissions qui correspondent à une décision préfectorale et qui sont exécutées avec un certain délai compte tenu de l'organisation du renvoi ou du placement en rétention. Elles entrent dans le cadre des mesures d'éloignement.

	2010	2011	2012	2013
Nombre de refus d'admission	10 481	11 459	11 508	12 030
Nombres de réadmissions simplifiées (dans le sens France vers étranger)	9255	11 477	11 548	9 902
Total	19 736	22 936	23 056	21 932

Tableau 6 : Nombre de refus d'admission à la frontière (Source : MIOCT-DCPAF (PAFISA)).

2.2.1.3 Les demandes d'asile à la frontière

L'article 14 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme précise que « *Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays* ».

Les demandes d'asile sont étudiées par l'OFPRA, placé auprès du Ministre chargé de l'asile. Il s'agit d'un établissement public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administrative (Art L721-1 du CESEDA).

La demande d'asile peut déboucher sur trois formes de protection différentes :

- **Le statut de réfugié**, pouvant être accordé sur trois fondements : (Art L711-1 et L711-2 du CESEDA, Guide du demandeur d'asile 2013 ^[34])

- La convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 indique que le statut de réfugié est délivré à « *toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* » .

- L'asile constitutionnel : l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946 précise que le statut de réfugié est accordé à « *toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté* ».

- Le mandat du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) par ses articles 6 et 7.

- **Le statut d'apatride**, pouvant être accordé par l'OFPRA à toute personne « *qu'aucun État ne considère comme son ressortissant en application de sa législation* » (Convention de New York du 28 septembre 1954). Il concerne seulement les personnes n'ayant pas de nationalité et ne prend pas en compte les risques de persécution.
- **La protection subsidiaire**, pouvant être accordée, pour une durée maximale de un an renouvelable, à toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi de la qualité de réfugié et qui est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes :
 - La peine de mort.
 - La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants.
 - S'il s'agit d'un civil, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international (Art L712-1 du CESEDA).

L'OFPRA est placé sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) concernant les statuts de réfugiés et la protection subsidiaire. Mais il est sous le contrôle du Tribunal administratif en ce qui concerne le statut d'apatride.

En 2011, 2572 personnes se sont déclarées « demandeur d'asile » (Tableau 7).

Année	Nombres de demandes
2010	2 789
2011	2 572
2012	2 223
2013	1 402

Tableau 7 : Nombre de demandes d'asile à la frontière

(Sources : MIOCT-DCPAF (PAFISA)).

2.2.2 Les indicateurs de pression migratoire au séjour

La pression migratoire au séjour est déterminée par plusieurs indicateurs qui sont:

- Les déboutés du droit d'asile.
- Les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière (APRF) non exécutés.

2.2.2.1 Les déboutés du droits d'asile

Il s'agit des étrangers demandeurs d'asile qui se sont vu refuser la demande soit par l'OFPRA ou par la CNDA. Il est envisageable de penser que beaucoup d'entre eux restent irrégulièrement sur le territoire mais ce chiffre n'est pas quantifiable.

2.2.2.2 Les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière non exécutés

Ces arrêtés non exécutés permettent d'appréhender le nombre d'étrangers en situation irrégulière qui restent sur le territoire national. L'indicateur calculé est la différence entre les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière (APRF) prononcés et ceux exécutés.

Année	APRF prononcés	APRF exécutés	APRF non exécutés	Taux de non-exécution
2007	50 771	11 891	38 880	76,6%
2008	43 739	9 844	33 895	77,5%
2009	40 116	10 424	29 692	74%
2010	32 519	9 370	23 149	71,2%
2011	24 441	5 980	18 461	75,5%

Tableau 8 : Nombre d'APRF (Source : MIIINDS-DCPAF).

2.2.3 Les indicateurs de flux de sortie

Le flux de sortie est déterminé par :

- Les titres de séjours délivrés à des étrangers entrés irrégulièrement.
- Les APRF exécutés.

2.2.3.1 Les titres de séjours délivrés à des étrangers entrés irrégulièrement

Le nombre de titres de séjour délivrés pour la première fois reste relativement constant entre 2006 et 2010 (*Tableau 9*).

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Titres délivrés après entrée irrégulière	32 001	27 827	30 300	33 503	32 810

Tableau 9 : Entrées irrégulières enregistrées pour les premiers titres délivrés

(Sources: MIIINDS-DSED/MIOCT-DCPAF).

2.2.3.2 Les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière exécutés

Cet indicateur permet de mesurer le nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire et qui ont été éloignés de force par les pouvoirs publics.

2.3 LES INDICATEURS D'ESTIMATION DE LA POPULATION EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Ils ont pour but d'estimer le nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire.

2.3.1 Les infractions à la législation sur les étrangers

2.3.1.1 Les étrangers interpellés en situation irrégulière

Selon la circulaire du 21 février 2006 relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière ^[99], plusieurs types d'interpellations peuvent avoir lieu : sur la voie publique, au guichet d'une préfecture, au domicile de la personne ou dans des logements.

En 2011, le nombre de personnes mises en cause pour infraction à l'entrée et au séjour était de 86 976 ; en 2012, 69 453 et en 2013, 18 198 (*Tableau 10*).

La forte diminution constatée à partir de 2012 peut s'expliquer par les modifications apportées par la loi n° 2012-1560 du 31 décembre 2012 ^[80], qui précise que l'index 69⁴ concerne uniquement les délits d'entrée irrégulière sur le territoire national.

Personnes mises en cause (index 69 de l'État 4001) France métropolitaine	2010	2011	2012	2013
Tous services	85 137	86 976	69 453	18 198
Gendarmerie nationale	7 296	8 785	8 175	2 036
Police nationale	77 841	78 191	61 278	15 892
- dont sécurité publique	11 951	14 736	11 368	1 992
- dont préfecture de police Paris	15 745	17 197	10 830	997
- autres services de police	8	3	3	2
- dont police aux frontières	50 137	46 255	39 077	12 901

Tableau 10 : Nombre de personnes mises en cause pour infraction à l'entrée et au séjour

(Sources : MIOMCT-DCPJ).

2.3.1.2 Les délits à la police des étrangers en France métropolitaine

Il s'agit ici de personnes mises en cause pour infraction à la législation sur les étrangers, notamment l'aide à l'immigration irrégulière (aide à l'entrée, à la circulation, au séjour, ou emploi ou hébergement d'étrangers en situation irrégulière) (*Tableau 11*).

⁴ Index 69 : Infractions aux conditions générales d'entrée et de séjour des étrangers.
http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/ondrp_ra_2014/indicateurs_cr.pdf

Personnes mises en cause (index 70 ⁵)	2012	2013	Evolution
DCSP : Direction Centrale de la Sécurité Publique	133	73	- 45,11%
Gendarmerie	772	603	- 21,9%
Préfecture de police	180	251	39,4%
DCPAF : Direction Centrale de la Police Aux Frontières	4 979	4 737	- 5,7%
Autres service de police	0	1	/
Total	6 064	5 665	- 6,58%

Tableau 11 : Nombre de personnes mises en cause pour aide à l'entrée irrégulière, à la circulation et au séjour irrégulier des étrangers ^[69].

2.3.2 Le placement en centre de rétention administrative

Sont placés en centre de rétention administrative (CRA), les étrangers en situation irrégulière en attente de reconduite à la frontière sous le coup d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF), d'un APRF, d'un arrêté d'expulsion préfectoral ou ministériel, d'une mesure de réadmission ou condamnés à une peine d'interdiction de territoire français (ITF) en tant que peine principale ou complémentaire (Tableau 12).

Année	2010	2011	2012	2013
<u>Capacité :</u>				
Métropole	1 566	1 726	1 672	1 571
Outre- mer	144	144	184	184
Total	1 710	1 870	1 856	1 755
<u>Nombre de personnes placées en CRA:</u>				
Métropole	327 401	24 544	23 394	24 176
Outre-mer	32 880	24 009	16 565	14 090
<u>Taux d'occupation :</u>				
Métropole	55%	46,7%	50,5%	48,3%
Outre-mer	57%	29,8%	26,4%	23,8%
<u>Durée moyenne de rétention (en jour) :</u>				
Métropole	10,03	8,7	11	11,9
Outre-mer	0,9	0,9	1	0,9

Tableau 12 : Placement en CRA. (Source DGEF) ^[69].

⁵ Index 70 : Aide à l'entrée à la circulation et au séjour des étrangers.

2.3.3 Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État

L'Aide Médicale d'État (AME) est destinée à prendre en charge, sous condition de ressources, les frais de santé des personnes en situation irrégulière. Ces personnes sont éligibles à l'AME s'ils se maintiennent irrégulièrement sur le territoire et qu'ils ne changent pas de statut (Tableau 13).

Date	France entière
31 décembre 2007	194 615
31 décembre 2008	20 503
31 décembre 2009	215 763
31 décembre 2010	228 036
31 décembre 2011	208 974
31 décembre 2012	252 437
31 décembre 2013	282 425

Tableau 13 : Nombre de bénéficiaires de l'AME.

(Source : Ministère de la Santé, chiffres consolidés au 31 décembre de chaque année)

On note sur ce tableau une augmentation quasi régulière du nombre de personnes bénéficiant de l'AME. Entre le 31 décembre 2007 et le 31 décembre 2013, donc en 6 ans, cette progression a été de 45 %. (cf. chapitre 24.2).

3 L'ÉLOIGNEMENT DES ÉTRANGERS

3.1 EN EUROPE

3.1.1 La condamnation pénale d'expulsion des étrangers

Dans tous les pays suivants, sauf la Belgique, la législation sur les étrangers permet à certaines condamnations pénales d'être assorties d'une décision judiciaire ou administrative d'expulsion ^[15,21].

L'ALLEMAGNE

D'après l'article 45 de la loi sur les étrangers, les étrangers constituant une menace pour l'ordre public et la sécurité publique ou pour tout autre intérêt fondamental de la République Fédérale peuvent être expulsés. La menace qu'ils représentent résulte de la réalisation d'infractions particulières ou de leur comportement général. Les condamnations motivant l'expulsion sont de deux types :

- Les condamnations pénales qui entraînent obligatoirement une expulsion

L'article 47 de la loi sur les étrangers, dispose que dans certains cas les étrangers doivent être expulsés du territoire de la République fédérale, sans qu'aucune appréciation de leur situation personnelle ne puisse être prise en compte.

Il s'agit des personnes :

- condamnées à une peine privative de liberté d'au moins trois ans, même prononcée avec sursis, à la suite d'une infraction commise intentionnellement,
- condamnées au cours des cinq dernières années à plusieurs peines privatives de liberté dont la durée cumulée atteint au moins trois ans,
- faisant l'objet d'un placement en détention préventive,
- condamnées soit à une peine privative de liberté d'au moins deux ans soit à une peine privative de liberté prononcée sans sursis pour avoir enfreint la loi sur les stupéfiants ou pour avoir violé certaines des dispositions du code pénal sur la sécurité publique (participation à une réunion ou à une manifestation interdite, ou détention d'une arme).

- Les condamnations pénales qui entraînent en règle générale l'expulsion

L'expulsion est en principe décidée à l'encontre des étrangers qui (*Article 47 de la loi sur les étrangers*) :

- ont été condamnés à une peine privative de liberté d'au moins deux ans ou à une peine privative de liberté prononcée sans sursis,
- ont commis une infraction à la loi sur les stupéfiants autre que la seule consommation, qu'ils aient ou non été condamnés,
- se sont livrés à des violences dans le cadre d'une manifestation interdite ou dissoute.

L'étranger est en général expulsé à sa sortie de prison et généralement avant qu'il ait purgé la totalité de sa peine. L'article 456a du code de procédure pénale allemand prévoit la possibilité de libérer de manière anticipée les étrangers qui doivent quitter le territoire de la République fédérale.

LA BELGIQUE

L'article 20 de la loi sur les étrangers prévoit qu'un arrêté d'expulsion peut être pris à l'encontre de tout étranger qui a « *gravement porté atteinte à l'ordre public ou à la sécurité nationale ou qui n'a pas respecté les conditions mises à son séjour* ». C'est donc le comportement de l'étranger lui-même qui va justifier l'expulsion. En règle générale, la mesure sera prise au moment où l'étranger condamné à une peine de prison demandera à bénéficier d'une libération anticipée.

LE DANEMARK

Les articles 22, 23 et 24 de la loi sur les étrangers prévoient que les étrangers qui disposent d'un titre de séjour peuvent être expulsés à la suite d'une condamnation pénale. Ils distinguent trois cas, en fonction de la durée du séjour au Danemark :

- Séjour supérieur à sept ans

Les condamnations suivantes peuvent motiver une expulsion judiciaire :

- une seule condamnation ferme à une peine de prison d'au moins quatre ans,
- plusieurs condamnations fermes à des peines de prison d'au moins deux ans,
- une seule condamnation ferme à une peine de prison d'au moins deux ans assortie d'autres condamnations fermes antérieures,
- une condamnation ferme à une peine privative de liberté, quelle qu'en soit la longueur, au titre de la loi sur les stupéfiants ou des dispositions du code pénal sur les stupéfiants,
- une condamnation ferme à une peine privative de liberté, quelle qu'en soit la longueur, pour une infraction aux dispositions du code pénal sur le trafic de main-d'œuvre étrangère,

- une condamnation ferme à une peine privative de liberté, quelle qu'en soit la longueur, pour des infractions énumérées limitativement (atteintes à la sécurité nationale ou aux institutions de l'État, vol avec violences ou avec effraction, détournement de fonds, abus de confiance, homicide, coups et blessures, violences sexuelles, inceste, incendie volontaire, détournement d'un navire ou d'un avion...).

Dans les trois premiers cas, c'est l'importance de la condamnation qui motive l'expulsion alors que dans les trois derniers cas, c'est la nature de l'infraction.

- Séjour compris entre trois et sept ans

En plus de celles décrites au paragraphe précédent, les condamnations suivantes peuvent motiver une expulsion judiciaire :

- une seule condamnation ferme à une peine de prison d'au moins deux ans,
- plusieurs condamnations fermes à des peines de prison d'au moins un an,
- une seule condamnation ferme à une peine de prison d'au moins un an assortie d'autres condamnations fermes antérieures.

- Séjour inférieur à trois ans

N'importe quelle condamnation ferme à une peine privative de liberté peut motiver une expulsion judiciaire.

La décision d'expulsion est exécutée au moment où le condamné sort de prison, c'est-à-dire en règle générale après avoir purgé les sept douzièmes de sa peine.

L'ITALIE

Il est fait distinction entre les condamnations qui entraînent obligatoirement l'expulsion et celles qui peuvent l'entraîner. Les infractions entraînant obligatoirement une peine complémentaire d'interdiction de territoire sont :

- Toutes les infractions contre l'État italien, contre des États étrangers ou contre les droits politiques des citoyens, dans la mesure où elles ont été sanctionnées par une peine privative de liberté.

- Les infractions les plus graves à la loi de 1990 sur les stupéfiants (production et commerce de drogues illicites, association visant au commerce de tels produits, mise à disposition d'un local pour leur consommation, incitation à la consommation par des mineurs), quelle que soit la peine prononcée.

La décision d'expulsion est exécutée après que l'étranger ait purgé sa peine.

LE PORTUGAL

L'article 101 du décret-loi n°244 du 2 août 1998, qui définit le régime juridique des étrangers, dispose que la peine complémentaire que constitue l'expulsion peut être appliquée aux étrangers résidant dans le pays, dans la mesure où ils ont été condamnés à une peine de prison d'au moins un an pour une infraction commise volontairement. La décision d'expulsion est en principe exécutée après que l'étranger ait purgé les deux tiers de sa peine. Elle peut l'être lorsque la moitié de la peine a été accomplie si le Juge de l'application des peines (JAP) estime que les conditions requises pour la libération conditionnelle sont remplies.

LE ROYAUME- UNI

L'article 3 de la loi de 1971 sur l'immigration prévoit que tout étranger âgé de plus de 17 ans peut faire l'objet d'un arrêté d'expulsion s'il a été reconnu coupable d'une infraction pénale susceptible d'être sanctionnée par une peine privative de liberté, indépendamment de la longueur de celle-ci. La mesure d'expulsion est prise par le Ministre de l'Intérieur, après avoir été proposée par le Juge pénal. Elle peut s'ajouter à la peine ou s'y substituer. La mesure d'expulsion peut être étendue au conjoint et aux enfants mineurs de l'étranger condamné. Lorsque l'expulsion s'ajoute à la peine privative de liberté, elle est exécutée après que le condamné ait purgé sa peine.

3.1.2 *L'expulsion administrative des étrangers en situation irrégulière*

En Allemagne, en Belgique, au Danemark, en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni l'expulsion des étrangers en situation irrégulière ne résulte pas d'une décision judiciaire mais d'un acte administratif, sauf pour l'Allemagne où aucune décision spécifique n'est requise [21].

L'ALLEMAGNE

Les règles sur l'expulsion des étrangers en situation irrégulière résultent de la loi du 30 juillet 2004 relative au séjour, à l'activité professionnelle et à l'intégration des étrangers sur le territoire fédéral.

- La décision d'expulsion

Elle incombe en général au Ministère de l'Intérieur. Les mesures d'expulsion ne requièrent pas de décision administrative spécifique, car l'expulsion n'est que l'exécution forcée de l'obligation de quitter le territoire qui est, elle, toujours exécutoire. Lorsque l'absence de titre de séjour résulte d'une entrée irrégulière ou du fait que l'étranger n'a pas sollicité de titre, la loi sur les étrangers dispose que l'obligation de quitter le territoire peut être imposée par la contrainte et aucune décision administrative n'est nécessaire.

- La procédure d'expulsion

Il existe deux types de procédure d'expulsion :

- l'expulsion des étrangers entrés clandestinement en Allemagne depuis moins de six mois :

Ces étrangers peuvent être expulsés sans injonction préalable et sans être avisés par écrit. Cependant, il n'est pas possible d'expulser un étranger en situation irrégulière dans un pays où il court le risque d'être persécuté. La loi prévoit la possibilité de garantir l'expulsion de certains étrangers par le placement en rétention administrative. La décision de placement en rétention administrative est prise par le Juge judiciaire à la demande de l'administration qui doit faire une requête écrite et motivée. L'étranger peut faire appel de la décision de placement en rétention et doit bénéficier des services d'un avocat et d'un interprète. Le principe général de proportionnalité doit permettre de faire de la rétention la mesure la plus adaptée à la situation et tout dispositif de contrôle moins rigoureux doit être préféré,

Comme par exemple la présentation périodique à la police. La loi limite à six mois la durée de la rétention administrative, mais prévoit une prolongation de douze mois lorsque l'étranger « fait obstacle » à son expulsion, c'est-à-dire si l'étranger ne dispose pas de papiers d'identité permettant de l'établir avec certitude. La durée totale de rétention ne peut excéder dix-huit mois. En règle générale, les décisions de placement en rétention sont assorties d'une clause d'exécution immédiate. L'appel est admissible dans les quatorze jours. La rétention se fait soit dans lieu réservé aux étrangers soit en établissement pénitentiaire. Les conditions de rétention varient d'un établissement à un autre.

- l'expulsion des autres étrangers en situation irrégulière

Il s'agit des étrangers entrés en Allemagne clandestinement et qui n'ont pas fait l'objet d'une mesure d'éloignement pendant les six premiers mois de leur séjour. Ces étrangers doivent quitter le territoire le plus rapidement possible et cette obligation s'impose à eux sans qu'un ordre écrit ne soit nécessaire. La loi fixe à six mois le délai maximal dans lequel l'étranger doit quitter le territoire. L'étranger peut alors préparer volontairement son départ et évite ainsi l'expulsion stricto sensu. La procédure d'expulsion débute par une mise en garde communiquée par écrit à l'étranger. Celle-ci doit préciser le délai dans lequel l'étranger doit avoir quitté le territoire, le pays de destination et les conséquences du refus de quitter le territoire dans le délai prévu.

L'étranger peut être placé en rétention administrative pour les motifs suivants :

- S'il est entré dans le pays sans autorisation.
 - Si le délai dans lequel il devait quitter le territoire est écoulé et s'il a changé de domicile sans prévenir les autorités compétentes.
 - S'il ne s'est pas présenté à la convocation que l'administration lui avait fixé pour exécuter une précédente décision d'expulsion.
 - S'il s'est soustrait à une précédente mesure d'expulsion.
 - Si des indices laissent soupçonner qu'il va se soustraire à l'expulsion.
- Les recours contre la décision d'expulsion

Quelle que soit la situation de l'étranger, l'expulsion résulte du fait que l'obligation de quitter le territoire est exécutoire sans acte administratif. C'est pourquoi aucun recours

contre l'expulsion n'est possible. Toutefois, dans certains cas, l'étranger peut demander au Tribunal administratif une ordonnance de sauvegarde relative à l'acte administratif qui fonde l'expulsion afin d'obtenir un maintien provisoire.

- L'exécution de la décision d'expulsion

Toute décision d'expulsion entraîne l'obligation de quitter le territoire et l'interdiction d'y revenir pour une période limitée à compter de la date effective à laquelle l'étranger a quitté le territoire. L'expulsion peut être exécutée par la force et en règle générale l'étranger est accompagné par la police fédérale des frontières jusqu'à l'aéroport. La loi fait peser sur l'étranger les coûts engendrés par l'exécution de la décision d'expulsion.

- Le non-respect de la décision d'expulsion

L'étranger présent sur le territoire de la République Fédérale alors qu'il a l'obligation de quitter le pays commet une infraction pénale et encourt donc une peine de prison d'un an ou une amende.

LA BELGIQUE

Les règles sur l'expulsion des étrangers en situation irrégulière résultent de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que de l'arrêté royal du 8 octobre 1981.

- La décision d'expulsion

La décision d'expulsion est prise par le Ministre de l'Intérieur. Toutefois, l'arrêté du Ministre de l'Intérieur du 17 mai 1995, portant délégation des pouvoirs du Ministre, ne prévoit que la décision d'expulsion qui est applicable :

- aux étrangers entrés en Belgique en se soustrayant aux contrôles frontaliers, ne soit prise que par les agents de l'Office des étrangers, par les maires et les fonctionnaires municipaux responsables de la police des étrangers, par les officiers de police judiciaire et par les sous-officiers de gendarmerie,
- aux autres étrangers expulsables, ne soit prise que par les agents de l'Office des étrangers.

- La procédure d'expulsion

L'exécution de la décision d'expulsion s'effectue de manière graduelle. L'étranger en situation irrégulière reçoit dans un premier temps l'ordre de quitter le territoire avant une date donnée. Cette notification doit être motivée et indiquer les recours possibles et les conséquences d'un refus d'obtempérer. L'étranger qui ne respecte pas l'ordre de quitter le territoire peut être reconduit par la contrainte à la frontière de son choix ou rapatrié vers la destination de son choix, à condition de disposer des documents nécessaires pour entrer dans le pays.

- La rétention administrative

La décision administrative de placement en rétention administrative peut faire l'objet d'un recours judiciaire devant la chambre du conseil du Tribunal correctionnel. La rétention est limitée à deux mois mais elle peut être prolongée à condition que les démarches préalables à l'expulsion aient commencé dans les sept jours suivant le placement en rétention, qu'elles soient poursuivies et que l'éloignement de l'étranger puisse se faire dans un délai raisonnable. La première prolongation est décidée pour deux mois et la deuxième prolongation ne peut être prise que par le Ministre qui doit saisir la chambre du conseil du Tribunal correctionnel. La durée maximale de rétention est limitée à cinq mois ou à huit mois lorsque la sauvegarde, l'ordre public ou la sécurité nationale l'exigent. Chaque mois l'étranger peut faire réexaminer sa situation par la chambre du conseil du Tribunal correctionnel.

- Les recours de la décision d'expulsion

L'obligation de quitter le territoire peut faire l'objet d'un recours en annulation auprès du Conseil d'État dans les trente jours qui suivent la notification. Le recours n'est pas suspensif.

- L'exécution de la décision d'expulsion

La décision d'expulsion entraîne l'obligation de quitter le territoire et l'interdiction d'y revenir pour une durée de dix ans à compter de la date effective à laquelle l'étranger a quitté le territoire.

En règle générale, la première expulsion se déroule sans escorte policière mais les conditions deviennent de plus en plus strictes à partir de la deuxième expulsion.

Après plusieurs tentatives manquées, l'étranger est expulsé à bord d'un avion militaire. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'étranger.

- Le non-respect de la décision d'expulsion

Le refus de respecter la décision d'éloignement constitue une infraction pénale qui est punie d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et/ou d'une amende comprise entre 130 et 1000 euros. En cas de récidive dans les trois ans la sanction est alourdie.

LE DANEMARK

Les principales règles sur l'expulsion résultent de la loi sur les étrangers dont le texte en vigueur actuellement est la loi n° 826 du 24 août 2005.

- La décision d'expulsion

Elle est prise par l'Agence pour les étrangers qui dépend du Ministère pour les réfugiés, les immigrés et l'intégration et qui est chargée de l'application de la loi sur les étrangers. Cette décision doit être motivée, mentionner les voies de recours et doit être notifiée par la police à l'intéressé.

- La procédure d'expulsion

Tout étranger dépourvu de titre de séjour doit quitter le pays. Il y est encouragé par des aides financières et par une assistance au retour. Des conséquences sont prévues en cas de refus de coopérer avec les autorités, notamment la force peut être employée à l'encontre de l'étranger. Pour garantir la bonne exécution de la décision d'expulsion, la police peut adopter des mesures de contrôle : retrait des papiers d'identité, dépôt de caution, transfert vers un centre de transit ou présentation régulière à la police. La mesure la plus fréquemment prise est le transfert dans un centre de transit avec obligation de se présenter à la police deux fois par semaine. Ces mesures de contrôle peuvent être contestées devant le Ministre de l'intégration mais il n'existe pas d'effet suspensif.

- La rétention administrative

Si besoin, l'étranger peut être placé en rétention administrative par la police. L'étranger peut saisir le Ministre sans que ce recours ne soit suspensif. L'étranger doit être présenté à un Juge dans les soixante-douze heures, doit pouvoir bénéficier de l'assistance d'un avocat

et peut entrer en contact avec la représentation diplomatique ou consulaire de son pays. Si l'étranger n'est pas libéré au bout des soixante-douze heures, le Juge devra se prononcer sur la légalité de la rétention et sur la nécessité de la maintenir. Le maintien en rétention est décidé pour une durée de quatre semaines et peut être prolongé par tranche de quatre semaines. La durée totale de rétention n'est pas limitée. Les décisions judiciaires de placement en rétention peuvent faire l'objet d'un appel qui est sans effet sur l'exécution de la décision d'expulsion.

- Les recours contre la décision d'expulsion

La décision d'expulsion peut faire l'objet d'un recours administratif auprès du Ministre dans un délai de sept jours. Ce recours n'a aucun effet suspensif.

- L'exécution de la procédure d'expulsion

Toute expulsion entraîne une obligation de quitter le territoire et une interdiction d'y revenir pour une durée d'un an. Le non-respect de l'interdiction de séjour constitue une infraction pénale qui est passible d'une peine de prison de six mois maximum ou d'une amende. L'étranger qui ne quitte pas le pays de façon volontaire doit assumer les frais liés à son départ. S'il ne peut le faire les frais sont à la charge de l'État.

- Le non-respect de la décision d'expulsion

L'étranger présent sur le territoire sans autorisation commet une infraction pénale passible d'une peine de prison de six mois maximum ou d'une amende.

L'ESPAGNE

Les règles relatives à l'expulsion des étrangers en situation irrégulière résultent de la loi n° 4 du 11 janvier 2000 relative aux droits et aux libertés des étrangers. Le décret royal n° 2393 du 30 septembre 2004 développe les dispositions de la loi sur les étrangers, en particulier les articles relatifs à l'expulsion.

- La décision d'expulsion

La décision d'expulsion est prise par l'administration, par la délégation du gouvernement, c'est-à-dire par la représentation du gouvernement national dans la province.

Ces structures administratives comprennent des unités spécialisées dans l'application de la loi sur les étrangers. Cette décision doit faire l'objet d'une instruction préalable qui est confiée à la police.

- La procédure d'expulsion

Se trouver en Espagne sans titre de séjour constitue une infraction administrative grave qui est passible d'une amende administrative de 301 à 6000 euros. Toutefois les étrangers en situation irrégulière peuvent se voir infliger à titre de sanction l'expulsion au lieu de l'amende. L'expulsion des étrangers est décidée par une procédure sommaire en quarante-huit heures. La police doit notifier à l'étranger en situation irrégulière la procédure d'expulsion engagée en lui soumettant une « avant-proposition » motivée. L'étranger dispose alors de quarante-huit heures pour fournir les preuves de son intégration à la société espagnole. Dès que la procédure d'expulsion est engagée, l'étranger a le droit à l'assistance d'un avocat et d'un interprète. Si la police ne retient pas les observations de l'intéressé ou si l'étranger ne conteste pas l'« avant proposition », celle-ci est transmise à l'administration compétente pour prononcer l'ordre d'expulsion. Dans le cas où la police retient les observations faites par l'intéressé, celles-ci sont vérifiées dans les trois jours et une nouvelle proposition est transmise à l'étranger qui dispose de quarante-huit heures pour fournir des informations. Au-delà de ce délai, la proposition est transmise à l'autorité compétente. La décision d'expulsion doit être prise dans un délai de six mois à partir du moment où la procédure est engagée. Pendant cette période, l'étranger peut faire l'objet de mesures de contrôle : retrait de passeport, présentation régulière aux autorités, assignation à résidence, détention « de précaution » pendant au maximum soixante-douze heures ou placement en rétention administrative. Lorsqu'elle devient définitive, la décision d'expulsion est notifiée à l'étranger. Cette notification doit être motivée et doit présenter les voies de recours. Elle est immédiatement exécutoire.

- La rétention administrative

Elle est prononcée à la demande de la police par le Juge d'Instruction du lieu où l'intéressé est détenu (la police commençant en premier lieu à placer l'étranger en détention). Le Juge doit ensuite entendre l'étranger et vérifier le bien-fondé de la mesure et doit vérifier l'absence de domicile et de papiers de l'étranger afin de garantir le principe de proportionnalité.

La décision du Juge doit être motivée. La durée de la rétention doit être limitée au minimum nécessaire et ne peut dépasser quarante jours. Au bout de ce délai, l'étranger qui n'a pu être expulsé et remis en liberté, et ne peut être placé en rétention une nouvelle fois pour les mêmes motifs mais il lui est remis un nouvel ordre d'expulsion l'empêchant de se loger ou de travailler. La décision du placement en rétention peut faire l'objet de recours en modification devant le Juge dans les trois jours et de recours en révision auprès de la juridiction supérieure.

- Les recours contre la décision d'expulsion

L'étranger peut intenter un recours en annulation de la décision administrative d'expulsion devant le Juge administratif dans les deux mois et solliciter à titre préventif la suspension de l'ordre d'expulsion. En cas de rejet du recours, l'étranger peut faire appel de la décision du Juge administratif devant le tribunal supérieur dans les quinze jours. Si l'étranger dépose une demande d'asile, l'exécution de la décision d'expulsion est suspendue jusqu'au refus ou à l'octroi de l'asile.

- L'exécution de la décision d'expulsion

Toute décision d'expulsion entraîne l'obligation de quitter le territoire dans un délai donné et l'interdiction d'y revenir pour une durée comprise entre trois et dix ans. L'étranger doit assumer les frais liés à l'expulsion s'il le peut, sinon le représentant diplomatique ou consulaire est prévenu.

- Le non- respect de la décision d'expulsion

L'étranger qui ne respecte pas une décision d'expulsion peut être expulsé sans qu'un nouvel ordre d'expulsion ne soit nécessaire, car il relève d'une procédure de rapatriement accélérée. Il peut être détenu par la police pendant soixante-douze heures avant d'être raccompagné à la frontière.

L'ITALIE

Le décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998, dit « texte unique sur l'immigration » ainsi que son principal règlement d'application, le décret du Président de la République n° 394 du 31 août 1999, énoncent les règles relatives à l'expulsion des étrangers en situation irrégulière.

Contrairement aux autres pays, en Italie, toutes les décisions administratives liées à la procédure d'expulsion doivent être validées par le Juge judiciaire.

- La décision d'expulsion

La décision d'expulsion est une décision administrative prise par le Préfet. Celle-ci doit être motivée.

- La procédure d'expulsion

Une copie de la décision d'expulsion est remise en mains propres (si cela est possible) à l'intéressé par un agent de la force publique. La décision doit être accompagnée d'une « synthèse » écrite dans la langue de l'intéressé sinon cette décision pourrait être sans effet. L'étranger a le droit à l'assistance d'un avocat et à l'aide juridictionnelle. La loi Bossi-Fini a fait de la reconduite à la frontière sous escorte policière la règle générale. C'est seulement lorsque l'expulsion est motivée par la caducité du titre de séjour depuis plus de soixante jours que l'étranger reçoit l'ordre de quitter le territoire dans les quinze jours. La décision d'expulsion est immédiatement exécutoire et son exécution incombe à la police.

- La rétention administrative

Lorsque la procédure d'expulsion ne peut être immédiatement exécutée, la police décide du transfert de l'étranger dans un centre de rétention. La décision de placement en rétention doit suivre les mêmes règles que celle relatives à l'expulsion.

La Cour constitutionnelle a estimé que la rétention constituait une privation de liberté incompatible avec l'article 13 de la Constitution. C'est pourquoi les décisions de placement en rétention administrative doivent faire l'objet d'une validation par un Juge judiciaire. Dans les quarante-huit heures qui suivent leur adoption, le commissaire de police les communique au Juge de paix (Juge non professionnel). Le Juge compétent est celui du centre de rétention. La validation doit avoir lieu dans les quarante-huit heures, selon une procédure contradictoire en présence de l'intéressé.

L'étranger doit être assisté d'un avocat et d'un interprète si besoin. Au cours de l'audience, le Juge doit vérifier que la rétention administrative est justifiée et que toutes les règles de procédures ont été respectées. Dans le cas contraire, la décision de police n'a pas d'effet. Le Juge prend sa décision par une ordonnance motivée.

Sa décision peut faire l'objet d'un recours en cassation qui n'est pas suspensif. La durée de la rétention est limitée à trente jours. Elle peut être prolongée par le Juge à la demande de la police pour une durée de trente jours. La décision de prolongation peut elle aussi faire l'objet d'un recours non suspensif en cassation qui doit être présenté dans les soixante jours. Depuis 2002, lorsque l'hébergement dans un centre de rétention n'est pas possible ou lorsque l'étranger n'a pas été expulsé à l'issue du délai maximal de séjour, la police donne à l'intéressé l'ordre de quitter le territoire dans les cinq jours.

- La validation juridictionnelle de la décision d'expulsion

La reconduite à la frontière sous escorte policière est devenue la règle depuis la loi Bossi-Fini, mais cette mesure porte atteinte à la liberté individuelle. C'est pourquoi elle doit être validée par un Juge dans les quarante-huit heures. L'audience de validation de la décision d'expulsion se déroule de la même façon que les audiences de validation des décisions de placement en centre de rétention administrative. Les règles d'un débat contradictoire, du contrôle au fond du Juge, de l'assistance d'un avocat et de l'assistance d'un interprète s'imposent. C'est le Juge de paix du lieu où la décision d'expulsion est prise qui est compétent. L'exécution de la décision d'expulsion est suspendue jusqu'à ce que le Juge l'ait validée. La décision du Juge peut faire l'objet d'un recours en cassation non suspensif dans les soixante jours.

- Les recours contre la décision d'expulsion

La décision d'expulsion peut faire l'objet d'un recours non suspensif devant le Juge de la paix. Ce recours doit être présenté dans les soixante jours. Le Juge dispose de vingt jours pour rendre sa décision.

- L'exécution de la décision d'expulsion

La décision d'expulsion entraîne une obligation de quitter le territoire et une interdiction d'y revenir pour une durée de dix ans à compter de la date effective à laquelle l'étranger a quitté le territoire. Le non-respect de l'interdiction de séjour constitue une infraction pénale et est passible d'une peine de prison entre un et quatre ans.

- Le non-respect de la décision d'expulsion

L'étranger présent sur le territoire italien parce qu'il a contrevenu à un ordre d'expulsion est passible d'une peine de prison de un à quatre ans.

Lorsque l'expulsion est motivée par la caducité du titre de séjour depuis plus de soixante jours, l'étranger n'ayant pas respecté l'obligation de quitter le territoire n'est passible que d'une peine de prison entre six mois et un an.

LE ROYAUME-UNI

Les règles de l'expulsion des étrangers en situation irrégulière résultent des diverses lois sur les étrangers actuellement en vigueur : la loi de 1971 sur l'immigration, la loi de 1999 sur l'immigration et l'asile, la loi de 2002 sur la nationalité, l'immigration et l'asile, et la loi de 2004 sur le traitement des demandes d'asile et d'immigration.

- La décision d'expulsion

La décision d'expulsion relève de la compétence du Ministre de l'Intérieur. Elle est prise par un fonctionnaire des services de l'immigration. Il n'existe pas de validation juridictionnelle de la décision d'expulsion.

- La procédure d'expulsion

Les services de l'immigration procèdent en deux étapes. L'étranger en situation irrégulière se voit dans un premier temps notifier sa situation au regard des lois sur l'immigration puis dans un deuxième temps, la décision d'expulsion. La décision d'expulsion est en principe immédiatement exécutoire. Si l'expulsion ne peut être immédiate, les services de l'immigration peuvent prendre certaines mesures : placement en rétention administrative, assignation à résidence, obligation de se présenter périodiquement aux services de l'immigration ou de police, surveillance électronique.

- La rétention administrative

La décision de placement en rétention administrative est prise par un fonctionnaire des services de l'immigration. Le placement en rétention ne doit pas être systématique et sa durée doit être du minimum nécessaire mais il n'existe pas de limite de durée.

Au moment du placement en centre de rétention, l'étranger doit être informé par écrit des motifs de la décision dans une langue qu'il comprend. L'étranger peut demander la mise en liberté provisoire auprès d'un fonctionnaire des services de l'immigration, du Ministère de l'Intérieur ou de la Commission de l'Asile et de l'Immigration⁶. La rétention peut se faire au sein du commissariat, d'un centre de rétention ou d'un établissement pénitentiaire. La durée de la rétention n'est pas limitée. Des vérifications administratives internes du bien-fondé du maintien en rétention sont organisées à différents moments de la rétention : à vingt-quatre heures puis toutes les semaines, puis tous les mois à partir du 28^{ème} jour. A partir du 28^{ème} jour, c'est une unité spécialisée des services de l'immigration qui effectue ces vérifications. Il n'y a pas de contrôle juridictionnel automatique de la décision de placement en rétention.

- Les recours contre la décision d'expulsion

La décision d'expulsion peut faire l'objet d'un recours auprès de l'AIT (Commission de l'asile et de l'immigration). Les étrangers entrés régulièrement sur le territoire mais qui ont poursuivi leur séjour sans autorisation, peuvent exercer leur recours contre la décision d'expulsion depuis le territoire britannique. Ce recours est suspensif et doit être présenté dans un délai de cinq jours si l'étranger a été placé en rétention, sinon dans un délai de dix jours. Les autres étrangers ne peuvent exercer leur recours qu'après avoir quitté le territoire. En cas d'erreur de droit, un recours auprès de la *High Court* est possible. L'étranger peut aussi déposer une demande d'asile qui est souvent utilisée comme recours suspensif, car les demandeurs d'asile ne peuvent être expulsés avant que leur demande n'ait été traitée.

- L'exécution de la décision d'expulsion

La décision d'éloignement entraîne l'obligation de quitter le territoire mais n'empêche pas l'étranger d'y revenir. Les frais de rapatriement sont à la charge du transporteur du voyage « aller » si celui-ci est connu, sinon ils sont à la charge de l'État. Par contre si l'étranger signe un formulaire de retour volontaire les frais sont à sa charge sauf s'il ne peut pas les assumer.

- Le non-respect de la décision d'expulsion

L'étranger qui débarque du bateau ou de l'avion dans lequel il a été installé en vue de son éloignement commet une infraction pénale passible d'une amende d'environ 7 300 euros au maximum et/ou d'une peine d'emprisonnement de six mois maximum.

⁶ AIT : asylum and immigration tribunal.

3.2 EN FRANCE

3.2.1 *Les centres de rétention administrative*

Créés par la loi du 29 octobre 1981 ^[72], les CRA sont des bâtiments surveillés, par la police, où l'administration peut retenir, pour une durée limitée et sous contrôle juridictionnel, les étrangers faisant l'objet d'une procédure d'éloignement et ne pouvant pas quitter immédiatement le territoire national. La privation de liberté dans les CRA dépend d'une décision administrative préfectorale. Dans les établissements pénitentiaires elle dépend d'une décision judiciaire. On parle alors de « retenus » pour les personnes placées en CRA et non pas de « détenus ».

Il existe vingt-cinq CRA (dix-neuf sur le territoire métropolitain, un en Guadeloupe, un en Guyane, un à la Réunion et un à Mayotte) sur l'ensemble du territoire permettant la rétention théorique de 1 755 étrangers. Ces CRA sont sous l'autorité de la police nationale ^[149].

3.2.1.1 Le placement en centre de rétention administrative

Tout étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement peut être placé dans un CRA, c'est-à-dire (*Art L551-1 du CESEDA*) :

- S'il doit être remis aux autorités compétentes d'un État membre de l'UE.
- S'il fait l'objet d'un arrêté d'expulsion.
- S'il doit être reconduit à la frontière en exécution d'une ITF judiciaire.
- S'il fait l'objet d'un signalement aux fins de non-admission ou d'une décision d'éloignement exécutoire.
- S'il fait l'objet d'une OQTF prise moins d'un an auparavant et pour laquelle le délai de quitter le territoire est expiré ou n'a pas été accordé.
- S'il doit être reconduit à la frontière d'office, en exécution d'une interdiction de retour.
- S'il est revenu en France après une mesure d'éloignement alors que celle-ci est toujours exécutoire.

La décision de placement de l'étranger est prise par l'autorité administrative (le Préfet de département ou à Paris par le Préfet de police) soit après son interpellation, soit à l'expiration de sa garde à vue, soit à la fin de sa période d'incarcération en détention. La décision doit être écrite et motivée. Elle prendra effet à compter de la notification à l'intéressé. Le Procureur de la République doit être informé de cette décision (*Art L551-2 du CESEDA*).

Nationalités	Nombre de personnes retenues à Nice en 2014
Tunisienne	606 (48,4 %)
Marocaine	124 (9,9 %)
Algérienne	105 (8,3 %)
Egyptienne	57 (4,5 %)
Syrienne	51 (4 %)
Soudanaise	35 (2,7 %)
Malienne	24 (1,9 %)
Sénégalaise	22 (1,7 %)
Albanaise	20 (1,5 %)
Erythréenne	18 (1,4 %)
Autres	190 (15,14 %)
Total	1 252

Tableau 14 : Nombres de personnes retenues au centre de rétention de Nice en 2014 par nationalité ^[35].

En 2014, 45 377 personnes ont été placées dans un CRA. A Nice, en 2014, 1 252 personnes ont été placées au CRA dont 606 étaient d'origine tunisienne (*Tableau 14*).

3.2.1.2 La durée de la rétention

L'étranger ne peut être maintenu dans un CRA que pour le temps strictement nécessaire à son départ (*Art L 554-1 du CESEDA*).

Le Préfet décide du placement en rétention pour une durée de cinq jours maximum (*voir encadré*) (Art L551-1 du CESEDA). Au-delà de cette période, le JLD est saisi. Celui-ci doit statuer dans les vingt-quatre heures par une ordonnance du Tribunal de Grande Instance (TGI) du ressort du CRA qui retient l'étranger. Il peut alors décider d'assigner l'étranger à résidence, de le libérer (si les circonstances de droit ou de fait le justifient) ou d'autoriser de le maintenir en rétention pour une durée supplémentaire maximale de vingt jours (Art L552-1 du CESEDA). Une deuxième autorisation de prolongation de vingt jours au plus peut être ordonnée sous certaines conditions (Art L552-7 du CESEDA) : l'obstruction délibérée du retenu sur son identité, la perte ou la destruction des documents de voyage ou si la mesure d'éloignement n'a pu être exécutée pour diverses raisons (absence de moyen de transport, défaut de délivrance des documents de voyage par le consulat ...). Au total, l'étranger peut être retenu pour une durée maximale de quarante-cinq jours en CRA. Au-delà de cette durée, il est mis fin à la période de rétention de l'étranger.

Dans de rares cas, si l'étranger a été condamné à une peine d'interdiction de territoire pour des actes de terrorisme ou si la mesure d'éloignement a été prononcée pour un comportement lié à des activités à caractère terroriste, le JLD peut ordonner la prolongation de la rétention pour une durée de un mois pouvant être renouvelée jusqu'à six mois maximum (Art L552-7 du CESEDA).

Il faut noter qu'un projet de loi ^[81] sur l'immigration a été voté en première lecture à l'assemblée nationale le 25 Juillet 2015 et doit être examiné par le sénat durant l'automne 2015. Il prévoit notamment de modifier les durées de la rétention administrative. Les points essentiels de ce projet sont :

- La création d'un nouveau titre de séjour : « la carte de séjour pluriannuelle » valable au maximum quatre ans. Elle est destinée aux étrangers pouvant prétendre à l'actuelle carte de séjour temporaire dont la durée de validité est limitée à un an.
- L'autorité administrative se réserve le droit de vérifier que l'étranger continue de remplir les conditions de délivrance de cette carte durant sa période de validité, au moyen de convocations.
- Création d'une mesure d'interdiction de circulation sur le territoire français.
- **Concernant la régularisation pour raison médicale (Art L. 313-11 11°), l'expression « sous réserve de l'absence de traitement approprié dans le pays dont il est originaire » serait remplacée par « si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié ».**
- **Le transfert de compétence des avis médicaux relatifs à la « procédure étranger malade » vers un collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Cette mission ne serait donc plus remplie par les médecins des ARS comme c'est le cas actuellement mais par les médecins de l'OFII, organisme dépendant directement du Ministère de l'intérieur.**
- Concernant les mesures de placement en centre de rétention administrative :

- les conditions de placement en rétention des mineurs ont été restreintes,

- le délai de saisine du JLD à fin de prolongation de la rétention (actuellement de cinq jours) est raccourci à quarante-huit heures. En revanche la durée maximale de prolongation (actuellement de vingt jours) est allongée à vingt-huit jours pour la première période. La seconde période de prolongation (actuellement de vingt jours) est, elle, raccourcie à quinze jours ce qui maintient la durée de la rétention administrative à quarante-cinq jours.

3.2.1.3 Les voies de recours

La décision administrative, émanant du Préfet, de placement en CRA, est susceptible de recours devant le Tribunal administratif (juridiction de premier degré) (*Art L311-1 du CJA*). L'appel contre la décision du Tribunal administratif se fera devant la Cour d'Appel Administrative (juridiction de deuxième degré). Le Conseil d'État pourra être saisi en dernier ressort mais il ne se prononcera que sur la forme (*Art L321-1 et L331-1 du CJA*).

Les ordonnances de maintien en rétention du JLD, quant à elles, sont susceptibles d'appel devant le premier Président de la Cour d'Appel qui doit statuer dans les quarante-huit heures. L'appel peut être formé par l'étranger, le Ministère public ou l'autorité administrative (*Art L552-9 du CESEDA*).

L'appel n'est pas suspensif (il n'empêche pas l'exécution de la rétention) (*Art L552-10 du CESEDA*).

La Cour de Cassation, si elle est saisie, jugera sur la forme. La Cour Européenne des Droits de l'Homme peut être saisie si le placement en rétention administrative est contraire à la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

3.2.1.4 L'issue de la rétention administrative

La fin de la rétention peut survenir dans six cas :

- Soit le Préfet met fin à la procédure de rétention administrative.
- Soit la mesure d'éloignement est annulée par le Juge administratif lors des différents recours possibles. Dans ce cas, il est délivré à la personne retenue une autorisation provisoire de séjour jusqu'à ce que la préfecture ait, à nouveau, statué sur son cas (*Art L 554-2 du CESEDA*).
- Soit l'étranger est éloigné du territoire français.
- Soit l'administration n'a pas pu mettre en place la mesure d'éloignement avant la fin du délai légal de rétention (quarante-cinq jours au maximum) et l'étranger est remis en liberté. Dans ce cas, le chef du CRA et/ou le JLD rappelle à l'étranger son obligation de quitter le territoire dans un délai de sept jours (*Art L 554-3 du CESEDA*).
- Soit le JLD y met fin lors des contrôles de la procédure.
- Soit l'autorité judiciaire lors des recours judiciaires des décisions prises par le JLD.

Si le maintien en rétention de l'étranger prend fin pour une raison autre que l'annulation par le Juge administratif de la mesure d'éloignement, le JLD rappelle à l'étranger son obligation de quitter le territoire (*Article L554-2 du CESEDA*).

3.2.2 Les étrangers incarcérés

Lorsqu'un étranger est reconnu coupable pénalement, d'un délit ou d'un crime des mesures d'éloignement du territoire national, des mesures d'éloignement peuvent être prononcées à son encontre par le Juge pénal, soit en tant que peine principale soit en tant que peine complémentaire. Le Juge pénal ne peut prononcer comme mesure d'éloignement que l'ITF.

Parallèlement à cette mesure d'éloignement (ITF) prononcée par l'autorité judiciaire, des mesures d'éloignement prononcées par l'autorité administrative peuvent être prises à l'encontre de l'étranger en situation irrégulière sortant de prison. Ces mesures d'éloignement seront détaillées dans un autre chapitre (*cf. 24.1*).

L'étranger sortant de prison peut faire l'objet de mesures d'éloignement. Dans ce cas, il peut soit être reconduit dès sa libération à la frontière ou être placé en CRA. Quand l'étranger est placé en rétention à sa sortie de détention, il est alors nécessaire que se mette en place la coordination des équipes médicale de l'unité sanitaire de niveau 1 et de l'UMCRA. Ceci est particulièrement important dans le cadre de la procédure « étranger malade » que nous développerons plus loin.

DROIT PENITENTIAIRE

4 L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Depuis 1911, l'administration pénitentiaire est placée sous l'autorité du garde des Sceaux : le Ministre de la Justice. Son directeur est nommé, sur proposition du garde des Sceaux, par décret du Président de la République. Cette administration apparaît complexe, l'organigramme est présenté en annexe 1.

Le Ministère de la Justice est composé de cinq directions ^[103] :

- La direction des services judiciaires.
- La direction des affaires civiles et du sceau.
- La direction des affaires criminelles et des grâces.
- La direction de la protection judiciaire de la jeunesse.
- La direction de l'administration pénitentiaire.

L'administration pénitentiaire se compose :

- D'une administration centrale : la direction de l'administration pénitentiaire.
- De services déconcentrés (directions interrégionales, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)).
- D'un service à compétence nationale, le service de l'emploi pénitentiaire (*non développé dans ce travail*).
- D'un établissement public administratif (ENAP : école nationale d'administration pénitentiaire) (*non développé dans ce travail*).

4.1 LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Elle se compose de ^[104] :

- La sous-direction de l'état-major de sécurité

Elle regroupe toutes les fonctions opérationnelles relatives à la gestion de la détention et aux questions de sécurité pénitentiaire.

- La sous-direction des personnes placées sous-main de justice

Elle a en charge la définition et la mise en œuvre des politiques pénitentiaires. Elle en évalue l'application afin d'en permettre l'adaptation.

- La sous-direction de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés

Elle est chargée de conseiller les services déconcentrés, d'orienter et d'évaluer leur action et met à leur disposition les moyens qui leur sont nécessaires.

- La sous- direction des ressources humaines et sociales

Elle est chargée d'élaborer, de conduire et d'évaluer les politiques de ressources humaines.

- Le service de la communication et des relations internationales

Il assure la communication interne et externe de l'administration pénitentiaire et les relations internationales avec les services pénitentiaires étrangers.

- L'inspection des services pénitentiaires

Elle assure une mission de conseil technique auprès du directeur de l'administration pénitentiaire. Elle est chargée de l'inspection et du contrôle des structures déconcentrées et de l'école nationale d'administration pénitentiaire. Elle contribue par ses avis et ses propositions à la réglementation, à la sécurité et à la discipline.

4.2 LES SERVICES DECONCENTRES

- Les directions interrégionales

Les établissements pénitentiaires et les SPIP sont animés, contrôlés et coordonnés par neuf directions interrégionales et une mission des départements et territoires d'outre-mer.

- Les établissements pénitentiaires

Ce sont les « prisons ». Il s'agit des lieux où s'exécutent les décisions judiciaires de privation de liberté que la personne soit condamnée⁷ ou prévenue⁸.

⁷ Voir lexique

⁸ Voir lexique

Les personnes privées de liberté par une décision judiciaire sont accueillies dans différents types d'établissements pénitentiaires en fonction de leur qualité de prévenu ou de condamné. Les prévenus sont détenus dans les maisons d'arrêt. Les condamnés sont orientés par la suite dans les établissements pour peine en fonction de la durée de leur peine, de leur dangerosité et de leur capacité de réinsertion.

- Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les SPIP permettent principalement d'assurer le contrôle et le suivi de l'ensemble de peines exécutées. Ils ont une compétence départementale et sont placés sous l'autorité du directeur régional des SPIP (*cf. chapitre 7*).

- Le service de l'emploi pénitentiaire

Il gère la régie industrielle des établissements pénitentiaires, organise et commercialise la production de biens et de services par les détenus et organise leur formation professionnelle, notamment dans les établissements pour peine.

- L'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP)

Elle assure la formation de l'ensemble du personnel de l'administration pénitentiaire ^[90].

5 LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES EN FRANCE

Il existe, au 1^{er} janvier 2015, 188 établissements pénitentiaires classés en deux grandes catégories ^[39] :

- Les maisons d'arrêt.
- Les établissements pour peine.

5.1 LES MAISONS D'ARRET

Les 91 maisons d'arrêt reçoivent principalement les personnes prévenues en détention provisoire et les personnes condamnées dont la peine ou reliquat est inférieure ou égale à deux ans (*Art 717 du CPP*).

Se trouvent aussi en maison d'arrêt des personnes condamnées à des peines plus lourdes en attente d'orientation vers un établissement pour peine. Au sein des centres pénitentiaires, il existe 42 quartiers « maison d'arrêt ».

5.2 LES ETABLISSEMENTS POUR PEINE

Ils reçoivent les condamnés. Il en existe en tout 88, répartis en 6 maisons centrales, 25 centres de détention, 11 centres de semi-liberté et 46 centres pénitentiaires. Ils sont différenciés par le type de population accueillie (*Art D 70 du CPP*).

5.2.1 Les centres pénitentiaires

Ce sont des établissements pénitentiaires mixtes comprenant au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) (*Art D 70 du CPP*).

5.2.2 Les maisons centrales

Elles accueillent les détenus condamnés à une longue peine et/ou les plus difficiles ou ceux dont les chances de réinsertion sociale sont les plus faiblement évaluées. Le régime de ces établissements est axé sur la sécurité renforcée tout en développant et préservant les possibilités de réinsertion sociale (*Art D71 du CPP*).

5.2.3 Les centres de détention

Ils accueillent les détenus condamnés à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. Ils ont donc un régime de détention axé sur la resocialisation et la préparation à la sortie des condamnés (*Art D. 72 CPP*).

5.2.4 Les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées

Ils accueillent les personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. Le détenu peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion. Leur régime est essentiellement orienté vers la réinsertion sociale et à la préparation à la sortie. Les centres pour peines aménagées peuvent recevoir les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans (*Art D72-1 et D70 du CPP*).

5.3 LES ETABLISSEMENTS POUR MINEURS

Il existe en France 6 établissements pénitentiaires pour mineurs recevant les mineurs prévenus. Conformément à l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, les mesures éducatives sont prioritaires. Le prononcé d'une peine de privation de liberté doit donc être exceptionnel. Le mineur de moins de 13 ans ne peut se voir infliger une peine privative de liberté. Pour les mineurs de 13 à 16 ans, le tribunal ne peut prononcer à leur encontre une peine privative de liberté supérieure à la moitié de la peine qu'ils encourent. En cas de réclusion criminelle à perpétuité, la peine prononcée ne peut être supérieure à vingt ans.

5.4 L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE NATIONAL DE FRESNES

Cet établissement est unique. Il est spécialement destiné à l'hospitalisation des personnes incarcérées (capacité de 80 lits) ^[85]. Il s'agit d'un établissement public national administratif placé sous tutelle interministérielle exercée conjointement par le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé.

Il existe d'autres lieux d'hospitalisation recevant les détenus : l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) et les chambres sécurisées au sein des établissements hospitaliers (*cf. chapitre 10.3*).

6 LA VIE EN DETENTION

6.1 LES CONDITIONS GENERALES DE LA DETENTION

La détention est un régime d'exécution de peine privative de liberté. Elle engendre la mise sous écrou d'une personne. Toute personne nouvellement incarcérée se voit attribuer par le greffe de l'établissement pénitentiaire un numéro d'écrou qu'elle gardera tout le temps pendant lequel elle sera dans cet établissement. Ce numéro changera lors des différents transferts d'établissement. Les individus privés de liberté sont des détenus. Ils peuvent être placés sous écrou dans un établissement pénitentiaire ou être à l'extérieur de cet établissement s'ils bénéficient d'un aménagement de peines.

Les détenus sont classés en deux catégories pénales : ils sont soit prévenus soit condamnés.

Un détenu prévenu est une personne placée en détention durant le temps de l'instruction, en attente de jugement ou une personne déjà jugée qui n'a pas épuisé ses voies de recours. On parle alors de « condamné non définitif ». Ces derniers ont le même statut que les prévenus.

Un détenu condamné est un détenu qui a fait l'objet d'une condamnation pénale définitive, c'est-à-dire que le détenu a utilisé toutes les voies de recours possible.

Le statut de prévenu ou de condamné implique un régime de détention et des règles de vie différentes.

6.2 LE DROIT A LA DEFENSE

Toute personne suspectée ou poursuivie est présumée innocente tant que sa culpabilité n'a pas été établie (*Article préliminaire du CPP*).

Cette personne a le droit d'être informée des charges retenues à son encontre et d'être assistée d'un avocat. Une personne suspectée ou poursuivie ne comprenant pas le français a le droit d'être assistée par un interprète jusqu'au terme de la procédure.

La personne prévenue s'entretient avec son avocat dans un parloir spécial garantissant la confidentialité de l'échange. Les entretiens téléphoniques et les échanges de courrier sont confidentiels.

Des dispositifs d'accès au droit, sous forme de permanences et de consultations juridiques gratuites, dénommés « points d'accès au droit », sont mis en place au sein des établissements pénitentiaires par les conseils départementaux de l'accès au droit en concertation avec les chefs d'établissements pénitentiaires et les directeurs des SPIP. Ces permanences et consultations visent à répondre à toutes demandes d'informations juridiques de la part des personnes détenues, à l'exception de celles relatives à l'affaire pénale pour laquelle la personne est incarcérée, à l'exécution de sa peine ou pour laquelle un avocat est déjà saisi (*Art R57-6-21 et 57-6-22 du CPP*).

6.3 LE REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur est essentiel à la définition et au respect des règles de vie en détention, il détermine le contenu du régime propre à l'établissement.

Il constitue :

- Un outil de travail pour le personnel.
- Un texte de référence pour les détenus.
- Un support de communication et d'information pour l'ensemble des intervenants extérieurs.

Son élaboration, son actualisation, sa diffusion et son respect garantissent la gestion et le respect du droit en détention. Le règlement intérieur est établi par le chef d'établissement (*Art R57-6-18 du CPP*) qui le soumet pour avis au JAP après avis des différents personnels. Il est transmis pour approbation au directeur régional des services pénitentiaires.

L'article R57-6-18 du CPP, propose en annexe un « règlement intérieur type des établissements pénitentiaires » ^[56]. Ce règlement intérieur a pour but d'informer les détenus de leurs droits et devoirs. Il peut comporter plusieurs chapitres :

- Le préambule explicitant qu'être détenu c'est être privé de liberté et être soumis aux contraintes d'une vie carcérale.

- Les règles de vie : emploi du temps et organisation des mouvements, discipline, mesures de contrôle et de sécurité, alimentation, vêtements.
- Les mesures d'hygiène des locaux et d'hygiène personnelle.
- Les services de santé et de soins.
- Les actions de préparation à la réinsertion des personnes détenues : formation professionnelle, enseignement, assistance spirituelle, action socio-culturelle, activité physique et sportive, SPIP.
- La gestion des biens : patrimoine extérieur, valeurs pécuniaires et non pécuniaires, les cantines.
- Les relations avec l'extérieur : correspondance écrite, téléphonique, les visites, maintien des liens familiaux.
- Les requêtes et plaintes formulées par les détenus.
- La sortie.

Il doit être à la disposition des personnels, des détenus et des personnes extérieures.

Tout manquement aux dispositions du règlement intérieur peut entraîner des poursuites disciplinaires et/ou pénales.

6.4 LA DISCIPLINE

L'ordre et la discipline sont des objectifs devant être atteints dans tous les établissements pénitentiaires. La discipline est indispensable à la sécurité des détenus, du personnel de l'établissement et du personnel ayant des missions dans l'établissement. C'est aussi l'un des premiers maillons de la réinsertion sociale. Les détenus doivent respecter le règlement intérieur de l'établissement. Tout manquement à ce règlement sera sanctionné. La sanction disciplinaire doit être prononcée en fonction de la gravité des faits et de la personnalité de l'auteur (*Art R57-7-49 du CPP*).

6.4.1 Les fautes disciplinaires

Les fautes disciplinaires sont classées selon leur gravité en trois degrés qu'elles soient commises en détention ou à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire (Art R57-7 et R57-7-4 du CPP).

Les fautes disciplinaires de premier degré sont (Art R57-7-1 du CPP) :

- Exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement.
- Exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'une personne détenue.
- Participer ou tenter de participer à toute action collective, précédée ou accompagnée de violences envers les personnes ou de nature à compromettre la sécurité des établissements.
- Obtenir ou tenter d'obtenir, par menace de violences ou contrainte, un engagement ou une renonciation ou la remise d'un bien quelconque.
- Commettre intentionnellement des actes de nature à mettre en danger la sécurité d'autrui.
- Participer à une évasion ou à une tentative d'évasion.
- Introduire ou tenter d'introduire au sein de l'établissement tous objets ou substances dangereux pour la sécurité des personnes ou de l'établissement, de les détenir ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service.
- Introduire ou tenter d'introduire au sein de l'établissement des produits stupéfiants, de les détenir ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service.
- Introduire ou tenter d'introduire au sein de l'établissement, de détenir, sans autorisation médicale, des produits de substitution aux stupéfiants ou des substances psychotropes, ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service.
- Causer ou tenter de causer délibérément aux locaux ou au matériel affecté à l'établissement un dommage de nature à compromettre la sécurité ou le fonctionnement normal de celui-ci.
- Inciter une personne détenue à commettre l'un des manquements énumérés par le présent article ou lui prêter assistance à cette fin.

Les fautes disciplinaires de deuxième degré sont (Art R57-7-2 du CPP) :

- Formuler des insultes, des menaces ou des outrages à l'encontre d'un membre du personnel de l'établissement, d'une personne en mission ou en visite au sein de l'établissement pénitentiaire ou des autorités administratives ou judiciaires.
- Mettre en danger la sécurité d'autrui par une imprudence ou une négligence.
- Imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur.
- Obtenir ou tenter d'obtenir d'un membre du personnel de l'établissement ou d'une personne en mission au sein de l'établissement un avantage quelconque par des offres, des promesses, des dons ou des présents.
- Refuser de se soumettre à une mesure de sécurité définie par une disposition législative ou réglementaire, par le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire ou par toute autre instruction de service.
- Se soustraire à une sanction disciplinaire prononcée à son encontre.
- Participer à toute action collective de nature à perturber l'ordre de l'établissement.
- Formuler des insultes ou des menaces à l'encontre d'une personne détenue.
- Enfreindre ou tenter d'enfreindre les dispositions législatives ou réglementaires, le règlement intérieur de l'établissement ou toute autre instruction de service applicables en matière d'entrée, de circulation ou de sortie de sommes d'argent, correspondance, objets ou substance quelconque.
- Détenir des objets ou substances interdits par une disposition législative ou réglementaire, par le règlement intérieur de l'établissement ou par toute autre instruction de service ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service.
- Causer délibérément un dommage aux locaux ou au matériel affecté à l'établissement.
- Causer délibérément un dommage à la propriété d'autrui.
- Commettre ou tenter de commettre un vol ou toute autre atteinte frauduleuse à la propriété d'autrui.
- Consommer des produits stupéfiants.

- Consommer, sans autorisation médicale, des produits de substitution aux stupéfiants, des psychotropes ou des substances de nature à troubler le comportement.
- Se trouver en état d'ébriété.
- Provoquer un tapage de nature à troubler l'ordre de l'établissement.
- Inciter une personne détenue à commettre l'un des manquements énumérés au présent article ou lui prêter assistance à cette fin.

Les fautes disciplinaires de troisième degré sont (Art R57-7-3 du CPP) :

- Formuler des outrages ou des menaces dans les lettres adressées aux autorités administratives et judiciaires.
- Formuler dans les lettres adressées à des tiers des menaces, des injures ou des propos outrageants à l'encontre de toute personne ayant mission dans l'établissement ou à l'encontre des autorités administratives et judiciaires, ou de formuler dans ces lettres des menaces contre la sécurité des personnes ou de l'établissement.
- Refuser d'obtempérer aux injonctions des membres du personnel de l'établissement.
- Ne pas respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement ou les instructions particulières arrêtées par le chef d'établissement.
- Entraver ou tenter d'entraver les activités de travail, de formations, culturelles ou de loisirs.
- Communiquer irrégulièrement avec une personne détenue ou avec toute autre personne extérieure à l'établissement.
- Négliger de préserver ou d'entretenir la propreté de sa cellule ou des locaux communs.
- Jeter tout objet ou substance par les fenêtres de l'établissement.
- Faire un usage abusif ou nuisible d'objets autorisés par le règlement intérieur.
- Pratiquer des jeux interdits par le règlement intérieur.
- Inciter une personne détenue à commettre l'un des manquements énumérés au présent article ou lui prêter assistance à cette fin.

6.4.2 La procédure disciplinaire

Le chef de l'établissement peut, en matière disciplinaire, déléguer sa signature à son adjoint, à certains fonctionnaires ou à un membre du corps de commandement du personnel de surveillance placé sous son autorité (Art R57-7-5 du CPP).

Il peut aussi déléguer sa signature à un major pénitentiaire ou à un premier surveillant pour les décisions de confinement en cellule individuelle ordinaire, de placement en cellule disciplinaire et de suspension de l'exercice de l'activité professionnelle de la personne détenue, lorsqu'elles sont prises à titre préventif.

LA COMMISSION DE DISCIPLINE :

Elle est composée (Art R57-7-6 à R 57-7-12 du CPP) :

- Du chef de l'établissement ou de son délégataire, le président, qui prononce les sanctions disciplinaires
- De deux assesseurs qui ont un rôle consultatif.

Les assesseurs sont désignés par le président de la commission. Le premier assesseur est un membre du corps d'encadrement du personnel de surveillance de l'établissement. Le second assesseur est une personne extérieure à l'administration pénitentiaire. Celui-ci doit être habilité par le Président du TGI. Chaque membre de la commission de discipline doit exercer ses fonctions avec intégrité, dignité et impartialité et respecter le secret des délibérations.

LA POURSUITE DISCIPLINAIRE (Art R57-7-13 à R57-7-31 du CPP) :

Lors d'un manquement à la discipline dont la nature justifie une sanction disciplinaire, un compte rendu d'incident est établi dans les plus brefs délais par l'agent présent lors de l'incident ou informé de ce dernier. Par la suite, un rapport est établi par un membre du personnel de commandement du personnel de surveillance, un major pénitentiaire ou un premier surveillant et adressé au chef d'établissement. Ce rapport doit comporter tous les éléments d'informations utiles sur les circonstances des faits reprochés au détenu et sur sa personnalité.

Les personnes établissant les comptes rendus ou les rapports d'incidents ne peuvent siéger à la commission disciplinaire.

A la lecture de ces deux documents, le chef de l'établissement décide de poursuivre ou non la procédure disciplinaire. Les poursuites disciplinaires ne peuvent pas être entreprises si la faute remonte à plus de six mois.

Le dossier est mis à la disposition du détenu qui est aussi informé par écrit des faits qui lui sont reprochés, de leur qualification juridique, ainsi que de la date et de l'heure de sa comparution devant la commission disciplinaire. Le détenu dispose d'un délai, qui ne peut être inférieur à vingt-quatre heures, pour préparer sa défense. Il peut se faire assister d'un avocat (de son choix ou désigné par le bâtonnier de l'ordre des avocats) et peut bénéficier de l'aide juridictionnelle. Lors de sa comparution devant la commission de discipline, la personne détenue présente ses observations. La décision de la sanction disciplinaire est prononcée en présence de la personne détenue et lui est notifiée par écrit.

Le chef d'établissement peut décider, à titre préventif, le confinement en cellule individuelle ordinaire ou le placement en cellule disciplinaire d'une personne détenue, sans attendre la réunion de la commission de discipline. Pour cela, les faits doivent constituer une faute du premier ou du deuxième degré et la mesure doit alors être l'unique moyen de mettre fin à la faute ou de préserver l'ordre dans l'établissement. La durée de ce placement « en prévention » ne peut excéder deux jours ouvrables. Cette durée sera déduite de la durée de la sanction prononcée.

Dans les mêmes conditions, lorsque la faute a été commise au cours de l'emploi du détenu, le chef d'établissement peut, à titre préventif, décider de suspendre l'exercice de l'activité professionnelle de cette personne jusqu'à sa comparution devant la commission de discipline. La durée de la suspension ne peut excéder huit jours ouvrables.

La décision prononçant une sanction disciplinaire est transmise au directeur interrégional des services pénitentiaires, au JAP ou au magistrat saisi du dossier de la procédure pénale.

Si la sanction excède sept jours, un rapport est transmis à la commission de l'application des peines.

Les sanctions disciplinaires prononcées sont inscrites sur un registre. Celui-ci est présenté aux autorités administratives et judiciaires lors des visites de contrôle ou d'inspection.

Le président de la commission de discipline peut prononcer un sursis, ne pouvant excéder six mois, concernant la sanction (*Art R57-7-54 et R57-7-55 du CPP*).

L'équipe médicale de l'établissement est quotidiennement informée de la liste des personnes placées en confinement en cellule individuelle ordinaire ou placées au quartier disciplinaire. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine. L'exécution de la sanction est suspendue si le médecin constate que celle-ci compromet la santé du détenu. Cependant le respect du secret professionnel reste obligatoire et le praticien ne doit pas révéler la raison médicale de la suspension de la peine.

LES VOIES DE RECOURS (*Art R57-7-32 DU CPP*) :

Le détenu peut dans un délai de quinze jours, à compter de la date de notification, contester la décision de sanction prise par la commission de discipline. Il doit adresser sa demande au directeur interrégional des services pénitentiaires. Le directeur dispose d'un mois pour répondre par décision motivée. L'absence de réponse équivaut à une décision de rejet.

6.4.3 Les sanctions

Les sanctions disciplinaires pouvant être prononcées sont les suivantes (*Art R57-7-33 et R57-7-34 du CPP*) :

- L'avertissement.
- L'interdiction de recevoir des subsides de l'extérieur pendant une période maximum de deux mois.
- La privation pendant une période maximum de deux mois de la faculté d'effectuer en cantine tout achat autre que celui de produits d'hygiène, du nécessaire de correspondance et de tabac.
- La privation pendant une durée maximum d'un mois de tout appareil acheté ou loué par l'intermédiaire de l'administration.
- La privation d'une activité culturelle, sportive ou de loisirs pour une période maximum d'un mois.

- Le confinement en cellule individuelle ordinaire, assorti de la privation de tout appareil acheté ou loué par l'intermédiaire de l'administration pendant la durée de l'exécution de la sanction.
- La mise en cellule disciplinaire.
- La suspension de la décision de classement dans un emploi ou une formation pour une durée maximum de huit jours lorsque la faute disciplinaire a été commise au cours ou à l'occasion de l'activité considérée.
- Le déclassement d'un emploi ou d'une formation lorsque la faute disciplinaire a été commise au cours ou à l'occasion de l'activité considérée.
- La suppression de l'accès au parloir sans dispositif de séparation pour une période maximum de quatre mois lorsque la faute a été commise au cours ou à l'occasion d'une visite.
- L'exécution d'un travail de nettoyage des locaux pour une durée globale n'excédant pas quarante heures lorsque la faute disciplinaire est en relation avec un manquement aux règles de l'hygiène. Cette sanction ne peut être prononcée qu'après avoir recueilli le consentement de la personne détenue.

Nous ne développerons dans ce travail que le confinement en cellule ordinaire et la mise en cellule disciplinaire.

6.4.3.1 Le confinement en cellule ordinaire

(Art R57-7-38, R57-7-39, R57-7-40 et R57-7-41 du CPP)

Le confinement en cellule ordinaire consiste à placer le détenu en cellule ordinaire mais qu'il occupera seul. Pendant ce confinement, le détenu ne peut effectuer en cantine des achats autres que des produits d'hygiène, du nécessaire de correspondance ou du tabac. Le détenu conserve son droit de correspondance écrite ou téléphonique et de visite. Il n'a plus accès aux activités, mais bénéficie d'au moins une heure de promenade quotidienne à l'air libre. Il peut aussi assister aux offices religieux. La personne placée en confinement a bien évidemment accès aux soins normalement.

La durée du confinement en cellule ordinaire est, au maximum, de :

- Vingt jours pour une faute de premier degré.
- Quatorze jours pour une faute de deuxième degré.

- Sept jours pour une faute de troisième degré.
- Trente jours pour les fautes de premier degré suivantes :
 - exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement,
 - exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'une personne détenue.

6.4.3.2 La mise en cellule disciplinaire

(Art R57-7-43, R57-7-44, R57-7-45, R57-7-46 et R57-7-47 du CPP)

La mise en cellule disciplinaire consiste dans le placement du détenu dans une cellule aménagée à cet effet, au sein du quartier disciplinaire, qu'il occupe seul. Durant la période de mise en cellule disciplinaire, le détenu ne peut effectuer en cantine des achats autres que des produits d'hygiène, du nécessaire de correspondance ou du tabac. Le détenu conserve son droit de correspondance écrite ou téléphonique et de visite. Cependant, les appels téléphoniques sont limités à un seul par période de sept jours. Il n'a plus accès aux activités, mais bénéficie d'au moins une heure de promenade quotidienne à l'air libre, dans une cour prévue à cet effet.

Le détenu peut rencontrer son avocat, son représentant consulaire, le Médiateur de la République et ses délégués, le contrôleur général des lieux de privation de liberté et ses contrôleurs, les membres de l'équipe médicale, les personnels pénitentiaires, l'aumônier du culte de leur choix et les titulaires de permis de visite ou le visiteur de prison en charge de leur suivi. Ces derniers peuvent être rencontrés une fois par semaine.

Le détenu peut recevoir des visites au parloir sans dispositif de séparation, sauf si la faute disciplinaire a été commise à l'occasion d'une visite. Toutefois, le chef de l'établissement, peut, en vertu de l'article R57-8-12 décider que les visites auront lieu dans un parloir avec dispositif de séparation. La personne placée en cellule disciplinaire a bien évidemment accès aux soins normalement.

La durée de la mise en cellule disciplinaire est, au maximum, de :

- Vingt jours pour une un faute disciplinaire de premier degré.
- Quatorze jours pour une faute disciplinaire du deuxième degré.
- Sept jours pour une faute de troisième degré.

- Trente jours pour les fautes de premier degré suivantes :
 - exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement,
 - exercer ou tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'une personne détenue.

6.4.4 Le rôle du médecin

La liste des personnes présentes au quartier disciplinaire doit être communiquée quotidiennement aux équipes médicales de l'unité sanitaire. Si le personnel pénitentiaire constate un état de santé préoccupant d'un détenu, il doit en aviser le médecin. Le détenu peut aussi lui-même demander à être visité par le médecin.

Le médecin de l'unité sanitaire doit quant à lui réaliser des visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au minimum deux fois par semaine. Cette visite peut avoir lieu en présence du personnel pénitentiaire avec l'accord ou la demande du médecin, la sécurité du personnel sanitaire devant être garantie ^[31].

Le médecin peut suspendre la sanction disciplinaire s'il constate que son exécution compromet la santé du détenu. Il doit alors remettre un avis médical transmis à l'autorité pénitentiaire (Art R57-7-31 du CPP). Cet avis ne doit pas violer le secret professionnel et ne doit donc pas indiquer la raison pour laquelle le médecin suspend la peine.

Si le médecin constate que l'état de santé du détenu contre-indique le fait que ce dernier soit seul en cellule, il devra être prudent et bien spécifier dans son certificat que « *l'état de santé de tel détenu contre-indique un placement en cellule disciplinaire ou en cellule de confinement* ». En effet une contre-indication en cellule disciplinaire n'est pas équivalent à une contre-indication à une cellule de confinement qui rappelons-le est une cellule ordinaire.

Les avis doivent être consignés dans le dossier médical du détenu.

6.5 L'ISOLEMENT

La mise en isolement (*Art R57-7-62 du CPP*), par mesure de protection ou de sécurité, n'est pas une mesure disciplinaire, qu'elle soit prise d'office ou à la demande du détenu. Le détenu est placé seul en cellule. Lorsqu'une mesure d'isolement est décidée, la personnalité, la dangerosité, la vulnérabilité et l'état de santé du détenu doivent être pris en compte (*Art R57-7-73 du CPP*).

6.5.1 Qui décide de l'isolement ?

- Procédure de placement à l'isolement sur décision de l'administration

Le chef de l'établissement décide de la mise à l'isolement du détenu, pour une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois. Il doit rendre compte de sa décision, sans délai, au directeur interrégional des services pénitentiaires. (*Art R57-7-66 du CPP*)

Le chef de l'établissement peut proposer une prolongation de la mesure d'isolement. Mais il doit recueillir l'avis écrit du médecin intervenant dans l'établissement et transmettre le dossier de la procédure accompagné de ses observations au directeur interrégional des services pénitentiaires lorsque la décision relève de la compétence de celui-ci ou du Ministre de la Justice (*Art R57-7-64 du CPP*).

Au terme de ces six mois, une prolongation de la mesure d'isolement peut être prise par le directeur des services pénitentiaires pour une durée de trois mois, renouvelable une fois. La décision est prise sur rapport motivé du chef de l'établissement (*Art R57-7-67 du CPP*).

Au terme de ces douze mois, une prolongation de la mesure d'isolement peut être décidée par le Ministre de la Justice, pour une durée de trois mois, renouvelable. Cette décision est prise sur rapport motivé du directeur interrégional saisi par le chef de l'établissement.

La mesure d'isolement ne peut excéder deux ans, sauf si cela constitue l'unique moyen d'assurer la sécurité des personnes ou de l'établissement (*Art R57-7-68 du CPP*).

Dans les cas d'une décision d'isolement initiale ou de prolongation, le détenu est informé par écrit des motifs invoqués par l'administration, du déroulement de la procédure et du délai (qui ne peut être inférieur à trois heures) mis à sa disposition pour préparer ses observations. Le détenu peut être assisté de son avocat.

Le détenu et son avocat peuvent émettre des observations, écrites ou orales, qui seront jointes au dossier de la procédure.

Le chef d'établissement peut décider de ne pas communiquer au détenu et à son avocat les informations ou documents contenant des éléments portant atteinte à la sécurité des personnes ou des établissements pénitentiaires (*Art R57-7-64 du CPP*).

La mesure d'isolement peut être décidée de manière provisoire, en urgence, par le chef de l'établissement, si cela constitue l'unique moyen de préserver la sécurité des personnes ou de l'établissement. Le placement provisoire ne peut excéder cinq jours et prend fin si aucune décision de placement à l'isolement n'est prise. La durée du placement provisoire se soustrait à la durée totale de l'isolement (*Art R57-7-65 du CPP*).

La mesure d'isolement peut être levée à tout moment par l'autorité qui a pris la décision (*Art R57-7-76 du CPP*).

- Procédure de placement à l'isolement sur demande du détenu (*Art R57-7-70 du CPP*)

Le détenu, peut lui-même, demander son placement à l'isolement ou sa prolongation. Il doit adresser au chef de l'établissement une demande écrite et motivée. Le placement à l'isolement à la demande du détenu suit les mêmes règles de prolongation que le placement à la demande de l'administration. L'isolement est levé par le chef d'établissement dès que la personne détenue en fait la demande (*Art R57-7-72 du CPP*).

6.5.2 Le régime pénitentiaire en cellule d'isolement

Le détenu placé à l'isolement conserve ses droits à l'information, aux visites, à la correspondance écrite et téléphonique, à l'exercice du culte et à l'utilisation de son compte nominatif. Il ne peut pas participer aux promenades et activités collectives auxquelles peuvent prétendre les détenus soumis au régime de détention ordinaire (sauf autorisation, pour une activité spécifique, donnée par le chef d'établissement). Toutefois, le chef d'établissement organise, dans toute la mesure du possible et en fonction de la personnalité de la personne détenue, des activités communes aux personnes détenues placées à l'isolement. Le détenu placé à l'isolement bénéficie d'au moins une heure quotidienne de promenade à l'air libre (*Art R57-7-62 du CPP*).

L'hospitalisation de la personne détenue ou son placement en cellule disciplinaire n'ont aucun effet sur la durée de l'isolement antérieurement décidée (*Art R57-7-75 du CPP*).

Toute décision de placement ou de prolongation d'isolement est communiquée sans délai au JAP s'il s'agit d'une personne condamnée ou au magistrat saisi du dossier de la procédure s'il s'agit d'une personne prévenue. Si l'isolement est prolongé au-delà d'un an, le chef d'établissement doit solliciter l'avis du JAP s'il s'agit d'une personne condamnée ou du magistrat saisi du dossier de la procédure s'il s'agit d'une personne prévenue. La personne détenue peut faire parvenir au JAP ou au magistrat saisi du dossier de la procédure toutes observations concernant la décision prise à son égard.

Le chef d'établissement doit rendre compte, au moins une fois par trimestre, à la commission de l'application des peines du nombre et de l'identité des détenus placés à l'isolement et de la durée de celui-ci (*Art R57-7-78 du CPP*).

Tout ce qui concerne la mesure d'isolement est consigné dans une fiche versée au dossier individuel du détenu. Il doit, aussi, être tenu un registre des mesures d'isolement sous la responsabilité du chef d'établissement, qui sera visé par les autorités administratives et judiciaires lors de leurs visites de contrôle et d'inspection (*Art 57-7-77 du CPP*).

6.5.3 Le rôle du médecin

L'équipe de l'unité sanitaire de niveau 1 de l'établissement reçoit quotidiennement la liste des détenus placés à l'isolement ^[31]. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Le médecin, s'il estime que l'état de santé du détenu est compromis, peut émettre un avis sur l'opportunité de mettre fin à l'isolement et le transmet au chef d'établissement. Le médecin doit donner son avis écrit pour toutes propositions de renouvellement de la mesure d'isolement au-delà de six mois (*Art R57-7-73 du CPP*).

Les visites et les avis doivent être consignés dans le dossier médical du détenu.

6.6 LES FOUILLES

Le chef de l'établissement pénitentiaire peut décider des mesures de fouille (intégrale ou par palpation), sur les détenus, dans les cas où il soupçonne une infraction ou si le comportement d'un détenu risque de compromettre la sécurité des personnes et le maintien du bon ordre dans l'établissement. La nature et la fréquence des fouilles sont décidées au vu de la personnalité du détenu, des circonstances de vie en détention et de la spécificité de l'établissement (Art R57-7-79 du CPP).

Les détenus doivent être fouillés dès lors qu'il existe des éléments permettant de suspecter un risque d'évasion, l'entrée, la sortie ou la circulation en détention d'objets ou substances prohibés ou dangereux pour la sécurité des personnes ou le bon ordre de l'établissement (Art R57-7-80 du CPP).

Les fouilles font partie des mesures de contrôle des personnes détenues, au même titre que les moyens de détection électronique (portique de détection de masses métalliques, détecteur manuel de masses métalliques, portique de détection à ondes millimétriques).

La fouille systématique est interdite. Cependant le Conseil d'État a jugé que « *les nécessités de l'ordre public et les contraintes du service public pénitentiaire peuvent légitimer l'application à une personne détenue d'un régime de fouilles systématiques, y compris lorsqu'il s'agit de fouilles intégrales* » ^[139]. Cette décision s'applique aux détenus identifiés comme présentant des risques. Un tel régime doit cependant être limité dans le temps.

La décision de fouille est prise par écrit, sauf en cas d'urgence.

La personne détenue ne peut refuser de se soumettre aux décisions de fouilles, sous peine de commettre une faute de nature à entraîner une sanction disciplinaire. Le Conseil d'État précise que « *tout ordre du personnel pénitentiaire doit être exécuté par les détenus* » ^[131].

L'ensemble des dispositifs de contrôle des détenus mis en place doit permettre un équilibre entre la sécurité au sein de l'établissement pénitentiaire et le respect de la dignité des détenus ^[118].

6.6.1 Les différents types de fouilles

6.6.1.1 Les fouilles corporelles

Il existe trois types de fouilles : la fouille par palpation, la fouille intégrale mises en œuvre par le personnel pénitentiaire et les investigations corporelles internes pratiquées par les médecins.

- La fouille par palpation : il s'agit d'une mesure de recherche extérieure par tapotement successifs le long du corps, par-dessus les vêtements. Elle permet de détecter et retirer tout objet ou substance interdits ou dangereux suffisamment volumineux. Le but étant de s'assurer que le détenu ne présente pas de danger immédiat pour autrui ou pour lui-même ni de risque d'évasion ou de trafics. Ce type de fouille n'est réalisé que par une personne de même sexe que la personne détenue concernée (Art R57-7-81 du CPP).
- La fouille intégrale : ici, le détenu est mis à nu devant l'agent responsable de la fouille. Il ne peut y avoir de contact physique entre le détenu et l'agent. Celui-ci procède au contrôle méticuleux des effets vestimentaires. Ce type de fouille a pour but de rechercher des objets ou substances interdits ou dangereux susceptibles d'avoir échappé à la détection par les moyens de détection électroniques ou par la fouille par palpation. Elle doit donc rester subsidiaire aux autres moyens de contrôle des détenus (Art 57 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 ^[79]). Cette fouille ne peut être réalisée que par un seul agent du même sexe que le détenu et dans des conditions préservant le respect de la dignité à la personne humaine concernée (Art R57-7-81 du CPP).

C'est pourquoi les fouilles intégrales collectives avec plusieurs détenus dans la même pièce sont interdites. Il faut noter que plusieurs agents peuvent réaliser la fouille si les circonstances et la personnalité du détenu le nécessitent. La fouille est effectuée dans un local préservant l'intimité de la personne, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes (propreté, température) et doté de moyens d'alerte et de sécurité.

Le cas particulier des transsexuels ^[105] : le transsexualisme est le fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe biologique de naissance. La gestion de la détention peut poser problème pour ce type de détenu, notamment pour les fouilles. Les conditions de fouilles doivent permettre de respecter la dignité de la personne ^[31].

- Les investigations corporelles internes ne peuvent être réalisées que par des personnels médicaux, requis à cette fin par le Procureur de la République territorialement compétent. La fouille corporelle médicale est une fonction expertale du médecin.

6.6.1.2 Les fouilles des cellules et des lieux de vie des détenus

Le personnel pénitentiaire procède régulièrement, en l'absence du détenu, à une fouille minutieuse de sa cellule, ainsi que de tous les locaux accessibles aux détenus. L'objectif étant de déceler les risques d'évasion, les trafics et les entorses au règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire.

6.6.2 Le rôle du médecin

Nous avons précisé que les fouilles corporelles internes ne pouvaient être effectuées que par un médecin. Celles-ci ne peuvent être réalisées que par les médecins n'exerçant pas dans l'établissement pénitentiaire, requis par le Procureur de la République saisi par le chef de l'établissement pénitentiaire. Ces investigations ne sont pratiquées qu'en cas de soupçons d'ingestion de substances ou d'objets ou de tentative de dissimulation (*Art 57 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 et article R57-7-82 du CPP*).

Le médecin de l'unité sanitaire, considéré comme médecin traitant du détenu, ne peut donc pas être requis afin de pratiquer une fouille intracorporelle (par radiographie, touchers pelviens). Ceci est sous-tendu par l'article 10 et l'article 48 de la loi du 24 novembre 2009 ^[78]. Cette dernière précise : « *Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé de la personne détenue, ni une expertise médicale* ».

6.7 L'HYGIENE

C'est l'article R 57-6-18 du CPP, par l'instauration d'un règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, qui régit l'hygiène de vie personnelle et collective des personnes détenues. L'incarcération doit répondre à des conditions d'hygiène et de salubrité satisfaisantes (*Art D349 du CPP*).

Le respect des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène et les conditions de contrôle dans les établissements pénitentiaires sont assurés par l'inspection générale des affaires sociales et les services des agences régionales de santé (*Art D348-1 du CPP*).

Un comité interministériel est chargé d'examiner les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires (*Art D348-3 du CPP*).

Annuellement, le chef de l'établissement pénitentiaire présente un rapport d'activité de son établissement au conseil d'évaluation. Ce rapport contient, entre autre, les rapports établis à l'issue des contrôles spécialisés effectués par les administrations compétentes en matière de santé, d'hygiène, de sécurité du travail, d'enseignement et de consommation (*Art D237 du CPP*).

Tout manquement aux règles d'hygiène peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire comme par exemple, effectuer un travail de nettoyage des locaux de l'établissement pour une durée globale de dix heures (*Art R57-7-37 du CPP*).

Le médecin exerçant dans l'établissement pénitentiaire doit veiller à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire. Il peut donc visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des détenus. Il donne son avis sur les moyens d'y remédier (*Art D380 du CPP*).

6.7.1 Les locaux

Les locaux de détention et les cellules doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage, le chauffage et l'aération (*Art D350 du CPP*).

L'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais. La lumière artificielle doit être suffisante pour permettre aux détenus de lire ou de travailler sans altérer leur vue. Les installations sanitaires doivent être propres et décentes. Elles doivent être réparties d'une façon convenable et leur nombre proportionné à l'effectif des détenus (*Art D351 du CPP*).

Les personnes détenues affectées au service général doivent nettoyer quotidiennement les locaux et les lieux collectifs (amphithéâtre, unité sanitaire, bibliothèque, ateliers, cuisines ...). Le détenu doit, selon le règlement intérieur type ^[56], faire son lit et entretenir sa cellule dans un état constant de propreté. L'administration pénitentiaire doit lui fournir les produits et objets de nettoyage nécessaires.

En outre, il est interdit :

- De jeter des détritits ou tout autre objet par les fenêtres, dans les toilettes et lavabos des cellules, dans les coursives, couloirs de circulation et autres locaux.
- D'obstruer les bouches de ventilation, aération, chauffage.
- De dégrader ou salir les cellules et les espaces communs.

L'article R 57-7-3 du CPP prévoit que le fait de négliger de préserver ou d'entretenir la propreté de sa cellule ou des locaux communs constitue une faute disciplinaire du troisième degré.

6.7.2 L'hygiène du travail

Le suivi sanitaire des détenus qui travaillent est assuré par les unités médicales de l'établissement pénitentiaire. Les mesures appliquées en matières de santé et de sécurité permettant une protection efficace sur le lieu de travail doivent être les mêmes que celles appliquées aux travailleurs libres. Les détenus qui travaillent ont les mêmes droits que les travailleurs libres en matière d'arrêt de travail, d'accident du travail et de maladies professionnelles. Le médecin de l'établissement pénitentiaire doit délivrer les documents nécessaires à faire valoir leurs droits (*Art D382 et R57-8-1 du CPP, art D412-45, L461-5, D412-71 du CSS*).

Concernant les certificats d'aptitude et d'inaptitude au poste travail, ceux-ci ne relèvent pas de la compétence du médecin de l'établissement pénitentiaire ^[31]. Le médecin de l'unité sanitaire établit les certificats d'arrêt de travail comme pour tous patients.

Le chef d'établissement peut alors solliciter l'intervention des services de l'inspection du travail pour l'application des règles d'hygiène et de sécurité aux travaux effectués par les personnes détenues à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire. Les services de l'inspection du travail adressent au chef de l'établissement un rapport indiquant au besoin les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et recommande les mesures de nature à remédier à la situation. Le chef d'établissement pénitentiaire adresse dans les deux mois (ou quinze jours si la situation du travail présente un risque grave et imminent pour la santé ou la sécurité des personnes détenues au travail), au service de l'inspection du travail, une réponse motivée précisant les mesures prises, accompagnées d'un calendrier de réalisation. En cas de désaccord, l'inspecteur du travail en réfère au directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi qui saisit le directeur interrégional des services pénitentiaires compétent. Ce dernier fait connaître sa réponse dans un délai d'un mois (*Art D433-8 du CPP*).

Indépendamment des dispositions relatives à la prévention et à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les prescriptions destinées à protéger la sécurité et la santé des travailleurs libres doivent être observées dans l'établissement pénitentiaire (*Art D353 du CPP*).

6.7.3 L'hygiène personnelle

Le CPP stipule, dans sa partie « règlement intérieur type des établissements pénitentiaires »^[56], que la propreté est exigée de toute personne détenue. A l'entrée en détention, il est proposé à chaque détenu de prendre une douche et une trousse de toilette lui est remise. Les produits de la trousse de toilette doivent être renouvelés au moins une fois par mois et selon les modalités fixées par le chef de l'établissement pénitentiaire. Le détenu doit pouvoir se doucher au moins trois fois par semaine et après chaque séance de sport, travail ou formation professionnelle. Le change des vêtements doit être assuré régulièrement pour maintenir un état d'hygiène satisfaisant.

Le détenu doit disposer d'un lit individuel et de la literie appropriée qu'il doit entretenir et renouveler afin d'en assurer la propreté. La literie doit être nettoyée et/ou désinfectée avant d'être réutilisée par un autre détenu.

Une promenade à l'air libre d'au moins une heure doit pouvoir être effectuée chaque jour par les détenus (*Annexe de l'art R57-6-18 du CPP*).

6.8 LES RELATIONS DES PERSONNES DETENUES AVEC L'EXTERIEUR

Le maintien des liens avec l'entourage et l'extérieur peut favoriser la réinsertion du détenu. Il constitue un droit pour toute personne détenue. Ce droit s'exerce par les visites d'un proche au détenu, par les permissions de sortie pour le condamné et par la correspondance écrite ou orale avec un proche (*Annexe de l'art R57-6-18 du CPP*).

Selon l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, « *toute personne a le droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* ».

L'ensemble des règles pour le traitement des détenus (adopté par l'Organisation des Nations unies le 30 août 1955) précise dans l'article 37 que « *les détenus doivent être autorisés, sous la surveillance nécessaire, à communiquer avec leur famille et ceux de leurs amis auxquels on peut faire confiance, à intervalles réguliers tant par correspondance qu'en recevant des visites* ». La règle 24-1 des règles pénitentiaires européennes ^[156] souligne aussi la nécessité de préserver les relations extérieures du détenu.

Dans certains cas, le prévenu peut bénéficier d'un rapprochement familial jusqu'à sa comparution devant la juridiction de jugement (*Art R57-8-7 du CPP*).

6.8.1 Les visites

La visite est le fait pour une personne extérieure à l'établissement pénitentiaire de rencontrer un détenu en son sein. Elles permettent de combattre l'effet désocialisant de la détention. Les visites peuvent avoir plusieurs objectifs :

- Le maintien des liens sociaux.
- L'exercice des droits de la défense.
- La prise en charge en vue de la réinsertion.

Le maintien des liens familiaux et sociaux

- Lorsque le détenu est prévenu (*Art 145-4 du CPP*)

La personne placée en détention provisoire peut, avec l'autorisation du Juge d'instruction, recevoir des visites sur son lieu de détention. Le permis de visite est délivré et ce jusqu'à la condamnation définitive (*Art R57-8-8 du CPP*).

Cette même autorité judiciaire peut suspendre ou annuler le permis de visite. La fréquence des visites que peut recevoir la personne détenue est de trois fois par semaine au moins lorsqu'elle est prévenue.

- Lorsque le détenu est condamné

Pour les personnes condamnées, incarcérées en établissement pénitentiaire (ou hospitalisées dans un établissement de santé habilité à recevoir des détenus), le permis de visite est délivré par le chef de l'établissement pénitentiaire (*Art R57-8-10 du CPP*).

Pour les personnes condamnées hospitalisées dans les unités pour malades difficiles ou dans les hôpitaux militaires, le permis de visite est délivré par le Préfet (*Art R57-8-10 du CPP*).

Le permis de visite est annulé ou suspendu par la même autorité administrative. Le permis de visite peut être délivré de façon permanente ou être délivré pour un nombre limité de visites fixé par celui qui délivre l'autorisation du permis.

Les visites se déroulent au parloir avec ou sans dispositif de séparation sur décision du chef de l'établissement (*Art R57-8-12 du CPP*), sous surveillance directe du surveillant pénitentiaire qui doit pouvoir comprendre le langage utilisée par les personnes visitées et leurs visiteurs (*Art R57-8-15 du CPP*).

Les visites dans les unités de visite familiale ou parloirs familiaux peuvent accueillir toute personne détenue sans surveillance continue et directe (*Art R57-8-14 du CPP*).

Ces unités de visite familiale et les parloirs familiaux n'existent cependant pas dans tous les établissements pénitentiaires. Pour les prévenus il faut l'accord de l'autorité judiciaire.

Le déroulement des visites est établi dans le règlement pénitentiaire de l'établissement ^[120].

La fréquence des visites que peut recevoir la personne détenue est d'une fois par semaine au moins lorsqu'elle est condamnée (*Art 35, 36 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009* ^[78]).

L'exercice des droits de la défense^[114]

Dans le cadre des visites avec leurs avocats, on parle de « parloir avocat ». Ce dispositif permet au détenu de conserver son droit à préparer sa défense en communiquant librement avec son défenseur qu'il aura préalablement choisi (*Art 25 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*^[78]).

La communication entre un avocat et un détenu est confidentielle (*Art 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*^[78]).

Le permis de communiquer est alors délivré par :

- Le magistrat saisi du dossier, s'il s'agit d'un détenu prévenu.
- Le JAP, s'il s'agit d'un détenu condamné.

La prise en charge en vue de la réinsertion

L'action socio-éducative relève principalement des services pénitentiaire d'insertion et de probation, mais d'autres acteurs y participent aussi, tels que les visiteurs de prison (*Art D472 du CPP*) et les personnes à titre personnel contribuant à l'insertion sociale ou professionnelle du détenu (*Art D404 du CPP*).

6.8.2 La correspondance

La correspondance est une relation par écrit entre deux personnes nommément désignées. Les personnes condamnées et prévenues peuvent correspondre par écrit avec toutes personnes de leur choix, tous les jours et sans limitation (*Art R57-8-16 du CPP et article 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*^[78]).

Le courrier doit être en clair et ne comporter aucun signe ou caractère conventionnel, compréhensible des seuls correspondants^[109]. Le courrier adressé ou reçu par les détenus peut être contrôlé ou retenu par l'administration pénitentiaire si cette correspondance semble compromettre leur réinsertion ou le maintien de l'ordre et de la sécurité.

La correspondance des personnes détenues avec leurs défenseurs^[114], les autorités administratives et judiciaires françaises et internationales, les aumôniers agréés auprès de l'établissement ne peut être contrôlée ou retenue.

Dans le cas où le courrier est retenu par l'administration pénitentiaire, le détenu doit en être informé. Le courrier retenu est déposé dans le dossier individuel du détenu et lui sera remis lors de sa libération (*Art R57-8-19 du CPP*).

6.8.3 Le téléphone

Les personnes détenues ont le droit de téléphoner à des membres de leur famille ou à d'autres personnes pour préparer leur réinsertion (*Art R57-8-21 du CPP*). Les communications téléphoniques sont réalisées au moyen des différents postes téléphoniques mis à disposition par l'établissement. Les prévenus doivent recevoir l'autorisation de téléphoner par l'autorité judiciaire (*Art R57-8-21 du CPP*). Les condamnés reçoivent l'autorisation par le chef de l'établissement pénitentiaire (*Art R57-8-23 du CPP*). Toute correspondance téléphonique entretenue par les personnes détenues avec l'extérieur est contrôlable par l'administration pénitentiaire à l'exception de celles passées avec les avocats. Ces dernières sont en effet protégées par la confidentialité (*Art 727 -1, R57-6-6 du CPP, art 25 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009* [78], [109]).

6.9 LA REINSERTION

La réinsertion est l'un des rôles de l'administration pénitentiaire. Les actions de préparation à la réinsertion sont sous-tendues par le règlement intérieur type des établissements pénitentiaires proposé par l'article R57-6-18 du CPP.

La réinsertion est sous le contrôle du SPIP (*cf. chapitre 7*). Pendant toute son incarcération, le détenu peut être pris en charge par les membres du SPIP, soit à sa demande, soit sur convocation. La correspondance échangée entre la personne détenue et le personnel d'insertion et de probation se fait librement et sous pli fermé. Les lettres adressées par la personne détenue aux organismes sociaux peuvent être transmises sous pli fermé, sous le contrôle du SPIP (*Art 21 de l'annexe de l'art R57-6-18 du CPP*).

6.9.1 Les activités des personnes détenues

Les activités des détenus peuvent relever des domaines suivants : travail, formation professionnelle, enseignement, activités éducatives, culturelles, socio-culturelles, sportives ou physique (Art R57-9-1 du CPP).

Les détenus condamnés ont l'obligation d'exercer des activités qui leur sont proposées par le chef de l'établissement ou par le directeur du SPIP (Art 27 de la loi du 24 novembre 2009 ^[78]).

Ces activités doivent avoir pour objectif la réinsertion du détenu et doivent pour cela être adaptées à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité. Dans le cas où la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité proposée consistera à l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Dans les cas où le condamné ne maîtrise pas la langue française, l'activité consistera à son apprentissage.

Les activités d'apprentissage doivent être aménagées en fonction des activités de travail (Art 27 de la loi du 24 novembre 2009 ^[78]).

Au moins deux fois par an, les détenus sont consultés sur les activités qui leur sont proposées, ainsi que les membres du personnel pénitentiaire et le directeur du service d'insertion et de probation (Art R57-9-2-1 et R57-9-2-2 du CPP). Suite à cette consultation, le chef de l'établissement informe le détenu et les membres du personnel pénitentiaire des résultats des consultations et des décisions prises pour l'organisation des activités (Art R57-9-2-3 du CPP).

Un rapport sur l'organisation des activités est communiqué, chaque année, au conseil d'évaluation par le chef de l'établissement (Art R57-9-2-4 du CPP).

Les différentes activités proposées sont :

- LA PROMENADE

Tout détenu a le droit de se promener dans les cours prévues à cet effet, au moins une heure par jour, tous les jours et à l'air libre, s'il le désire. Les promenades ne sont donc pas obligatoires. Les modalités relatives à la promenade sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

- LES ACTIVITES CULTURELLES

Il s'agit, par exemple, d'ateliers de peinture, sculpture, écriture, lecture, théâtre, cinéma etc.

- LES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Il peut s'agir de sports collectifs ou individuels ^[31]. Les médecins des unités sanitaires de niveau 1 sont chargés de pratiquer l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive. Le chef d'établissement peut interdire ces activités aux détenus pour des raisons d'ordre et de sécurité. Une tenue de sport correcte est exigée. Elle pourra être fournie à la personne dépourvue de ressources suffisantes qui en fait la demande (*Art 20 de l'annexe de l'art R57-6-18, R57-8-1 du CPP*).

- LE TRAVAIL

Un détenu (condamné ou prévenu) peut demander par écrit au chef de l'établissement d'exercer une profession au sein ou à l'extérieur de l'établissement. Cependant, les personnes détenues sont choisies de préférence parmi les condamnés. Par ailleurs, les prévenus ne peuvent être désignés à un poste de travail qu'avec l'accord préalable du magistrat saisi du dossier de la procédure (*Art D433-3 CPP*).

Le travail qui sera proposé doit tenir compte de certains facteurs concernant le détenu (*Art D432-3 du CPP*) :

- les capacités physiques et intellectuelles,
- l'influence du travail sur les perspectives de réinsertion,
- la situation familiale,
- l'indemnisation de la partie civile.

Une commission de classement et/ou d'orientation est dirigée par le chef de l'établissement, qui prendra la décision concernant la demande d'emploi. Elle se compose du responsable du travail, du chef de détention, du responsable local de formation des détenus, du responsable local de l'emploi et d'un représentant du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Elle a pour rôle d'étudier les demandes d'emploi et d'orienter les détenus dans leurs démarches ^[27]. La durée du travail par jour et par semaine doit être semblable aux horaires pratiqués en milieu libre dans le même type d'activité. Les horaires doivent prévoir le temps nécessaire pour le repos, les repas, la promenade et les activités éducatives et de loisirs. Le respect du repos hebdomadaire sous réserve des nécessités liées à la continuité du service, et des jours fériés doit être assuré.

Le règlement spécifique de chaque activité ainsi que la grille de rémunération sont affichés sur les lieux de travail (*Annexe de l'art R57-6-18 du CPP*).

Cependant, aucun travail ne doit permettre à un détenu d'exercer un pouvoir d'autorité ou de discipline sur les autres détenus ^[27].

La rémunération du travail est fixée par décret. Elle est indexée sur le salaire minimum de croissance (*Art 717-3 du CPP*).

Il existe différents types de travaux en détention ^[27] :

- le travail au service général : le détenu travaille pour maintenir en état de propreté les locaux de la détention et assurer les travaux nécessaires au fonctionnement des services (lingerie, cuisine ...). Dans ce cas, l'accord du magistrat saisi du dossier doit être recueilli (*Art D433-3 du CPP*).

- le travail en concession : le détenu est employé d'une entreprise, au sein de l'établissement. Cette entreprise passe un contrat de droit public avec l'administration pénitentiaire. Les détenus sont sous l'autorité de l'administration pénitentiaire, tout en étant subordonnés à l'entreprise dans l'exécution du travail.

- le service de l'emploi pénitentiaire : il s'agit de travaux de sous-traitance industrielle (menuiserie ...). C'est l'administration pénitentiaire qui emploie les détenus.

- le travail en établissement à gestion déléguée : dans ce type d'établissement, des groupements privés s'occupent de l'hôtellerie, de la restauration, du nettoyage, de la maintenance, du travail et de la formation professionnelle. Ces groupements passent des contrats de sous-traitance avec des entreprises qui fourniront du travail aux détenus.

- le travail à son compte : le principal objectif de ce type de travail est de favoriser au mieux la réinsertion sociale et professionnelle du détenu (*Art 718 du CPP*).

La particularité de l'emploi en détention est qu'il n'existe pas de contrat de travail. Sauf pour les activités exercées à l'extérieur de l'établissement. Ce droit au travail peut être totalement ou partiellement supprimé en cas de :

- placement en quartier disciplinaire,
- placement à l'isolement,

- faute disciplinaire ayant pour sanction la mise à pied ou le déclassement professionnel,
- mise à pied ou déclassement professionnel décidé par le chef de l'établissement, notamment en cas d'incompétence pour la tâche demandée, après une évaluation de la situation du détenu *(Art D432-4 du CPP)*.

- LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les détenus sont tenus d'acquérir ou de développer les connaissances nécessaires à leur réinsertion, permettant une meilleure adaptation sociale à leur libération *(Art D435 du CPP)*.

Pour bénéficier d'une formation professionnelle, le détenu doit adresser une demande écrite au responsable de la formation professionnelle. Si la formation professionnelle se déroule dans un autre établissement, le détenu peut demander à être transféré *(Art D438 du CPP)*.

Les détenus qui reçoivent une formation subissent les épreuves qui la sanctionnent. Les diplômes ainsi obtenus ne font pas apparaître l'état de détention des intéressés *(Art D438-2 du CPP)*.

- L'ENSEIGNEMENT

Des cours de l'enseignement primaire sont dispensés au sein de l'établissement, permettant aux détenus ne sachant ni lire, ni écrire, ni calculer ou ne parlant pas la langue française, d'acquérir les bases *(Art D436 du CPP)*.

Les détenus peuvent passer les examens nécessaires à la délivrance des diplômes *(Art D436-3 du CPP)*.

Le service de l'enseignement est confié à des personnes qualifiées, notamment des membres du corps enseignant de l'éducation nationale ayant reçu l'agrément du directeur interrégional des services pénitentiaires. Les visiteurs de prison ou les associations sont aussi susceptibles d'intervenir dans cette mission d'enseignement *(Art D437 du CPP)*.

La personne détenue peut bénéficier de cours par correspondance organisés par le Ministère de l'éducation nationale ou par des organismes d'enseignement à distance, avec l'autorisation du chef de l'établissement. Les frais des organismes d'enseignement à distance étant à sa charge.

Le détenu peut conserver dans sa cellule le matériel, les fournitures scolaires et les documents pédagogiques nécessaires (*Annexe de l'art 57-6-18 du CPP : Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires*^[56]).

6.9.2 L'assistance spirituelle

(*Art R57-9-3 à R57-9-7 et annexe de l'art. 57-6-18 du CPP : règlement intérieur type des établissements pénitentiaires*)

Chaque détenu doit pouvoir satisfaire aux exigences de sa vie religieuse, morale ou spirituelle. Il peut donc exercer le culte de son choix, à titre individuel dans sa cellule (si le détenu se trouve en quartier disciplinaire, le local est déterminé par le chef de l'établissement) ou collectivement dans les salles prévues à cet effet. Le détenu peut recevoir la visite d'un Ministre du culte et assister aux offices religieux et aux réunions culturelles organisées par les aumôniers agréés par le directeur interrégional des services pénitentiaires (*Art D439 du CPP*).

Les jours et heures des offices sont fixés par les aumôniers en accord avec le chef d'établissement.

Les personnes détenues peuvent s'entretenir, à leur demande, en dehors de la présence d'un surveillant, et aussi souvent que nécessaire, avec les aumôniers de leur confession. La personne détenue peut correspondre avec les aumôniers agréés de l'établissement sans que ce courrier ne soit lu par l'administration pénitentiaire. Aucune mesure ni sanction ne peut entraver cette faculté. Le détenu est autorisé à recevoir ou à conserver les objets de pratique religieuse et les livres nécessaires à sa vie spirituelle. Le port des vêtements religieux est interdit dans les lieux à usage collectif, à l'exception de la salle de culte. Les vêtements et objets de culte doivent être transportés dans un sac de la cellule à la salle de culte.

6.9.3 L'action socio-culturelle

Les activités socio-culturelles ont pour objet de développer les moyens d'expression, les connaissances, et les aptitudes des détenus (Art D440 du CPP). C'est le SPIP en lien avec le chef de l'établissement qui est chargé de définir et d'organiser la programmation culturelle de l'établissement (Art D441-1 du CPP). Les établissements pénitentiaires disposent de médiathèques et de bibliothèques mises à la disposition des détenus. Des télévisions, postes de radio ou du matériel informatique peuvent être mis à disposition des détenus sous certaines conditions.

7 LE SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION (SPIP)

Créés en 1999, ils sont actuellement, en France, au nombre de 103 ^[32]. Ils sont issus de la fusion des comités de probation et d'assistance aux libérés avec les services socio-éducatifs. Les 103 SPIP sont déclinés en 169 antennes : les unités opérationnelles du service placées sous l'autorité du directeur du SPIP. Il existe une antenne dans le ressort de chaque TGI. Leur compétence est départementale.

L'article 2 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ^[78] stipule que « *le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions pénales. Il contribue à l'insertion ou à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues. Il est organisé de manière à assurer l'individualisation et l'aménagement des peines des personnes condamnées* ».

L'article 13 de la même loi ^[78] précise que « *les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation sont chargés de préparer et d'exécuter les décisions de l'autorité judiciaire relatives à l'insertion et à la probation des personnes placées sous main de justice, prévenues ou condamnées. A cette fin, ils mettent en œuvre les politiques d'insertion et de prévention de la récidive, assurent le suivi ou le contrôle des personnes placées sous main de justice et préparent la sortie des personnes détenues* ».

7.1 LES MISSIONS

Leur mission principale est la prévention de la récidive à travers trois axes (*Art D574 du CPP*) :

- L'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines privatives de liberté

Le personnel des SPIP a un rôle essentiel en matière d'aide à la décision judiciaire. Ils peuvent réaliser des enquêtes relatives à la situation matérielle, familiale et sociale des personnes placées sous main de justice dans le cadre de l'exécution de la peine. Ils étudient les modalités de déroulement de leur peine afin de proposer les aménagements appropriés en fonction de la situation pénale et sociale du détenu.

- L'évaluation, le suivi et le contrôle des personnes

Ceci a pour but :

- de contrôler le respect, par les personnes placées sous-main de justice, des obligations imposées à ces dernières par la condamnation,
- de travailler sur le passage à l'acte et le sens de la peine,
- de concourir au maintien de l'autonomie et de la responsabilisation des personnes suivies.

- La réinsertion des personnes placées sous main de justice et la lutte contre la désocialisation

Le SPIP doit faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun et développer des partenariats afin de proposer à la personne placée sous main de justice une orientation et des actions favorisant son insertion.

Concernant les personnes détenues, le SPIP a pour mission la prévention des effets désocialisants de la détention, le maintien des liens familiaux et la préparation à la sortie.

7.2 LE PERSONNEL DES SPIP

Les SPIP sont des services à vocation pluridisciplinaire ^[32]. Ils sont composés :

- De conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.
- D'assistants de service social.
- De personnels administratifs.

- De surveillants pénitentiaires.
- De psychologues.
- De coordinateurs socioculturels.

Le directeur inter-régional des services pénitentiaires a sous son autorité le directeur fonctionnel des services pénitentiaires d'insertions et de probation, responsable du fonctionnement du service. Ce dernier est assisté de directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation et de chefs de service d'insertion et de probation.

7.3 LES COMPETENCES

Sous saisine des autorités judiciaires, les personnels d'insertion et de probation interviennent sous la forme d'entretiens individuels ou d'actions collectives (programme de prévention de récidive, stage de citoyenneté...). Ils interviennent aussi bien en milieu ouvert qu'en milieu fermé.

7.3.1 *En milieu ouvert*

Une personne est dite suivie en milieu ouvert lorsqu'elle bénéficie soit :

- De mesures alternatives à son incarcération : sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, contrôle judiciaire ou ajournement avec mise à l'épreuve, on parle alors de peines restrictives de liberté.
- D'aménagement de peines : suspension et fractionnement de peine, réduction de peine, permission de sortir, autorisation de sortie sous escorte, semi-liberté, liberté conditionnelle, placement sous surveillance électronique, placement à l'extérieur

Ces mesures répondent à une démarche axée sur la responsabilisation, la réinsertion du délinquant et la lutte contre la récidive. Les personnes faisant l'objet de ces mesures sont placées sous le contrôle du JAP et suivies à sa demande par le SPIP, soit dès le jugement, soit après une période de détention.

En milieu ouvert les SPIP :

- Apportent à l'autorité judiciaire tous les éléments d'évaluation utiles à la préparation et à la mise en œuvre des condamnations.
- Aident les personnes condamnées à comprendre la peine et impulsent avec elles une dynamique de réinsertion par la mise en place de programmes de prévention de la récidive.
- S'assurent du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives de liberté ou des peines bénéficiant d'aménagement.
- Favorisent l'accès des personnes condamnées aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

7.3.2 En milieu fermé

Une personne est dite suivie en milieu fermé lorsqu'elle est écrouée et placée en détention.

La mission des SPIP en milieu fermé est d'accompagner les personnes détenues dans le cadre d'un parcours d'exécution des peines. A cette fin, les personnels d'insertion et de probation agissent en tant que:

- Aide à la décision judiciaire d'application des peines, en proposant des aménagements de peine au JAP en fonction du parcours de vie du condamné, de l'acte de délinquance qu'il a commis et de sa situation économique et financière.
- Aide à la préparation à la sortie de prison par le développement et la coordination d'un réseau de partenaires institutionnels et associatifs. Il s'agit alors de faciliter l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs d'insertion de droit commun (logement, soin, formation, travail....).
- Aide au maintien des liens familiaux.
- Aide à l'accès à la culture. Les SPIP programment des activités adaptées au milieu carcéral, telles que la diffusion d'œuvres ou l'organisation d'ateliers de pratiques artistiques.

7.4 LES PARTENARIATS

Les SPIP sont les interlocuteurs privilégiés des services de la préfecture. Ils travaillent en lien avec des partenaires publics (conseils régionaux, conseils généraux, communes, organismes sociaux) et des partenaires associatifs.

8 LE DEROULEMENT DE L'INCARCERATION

8.1 LA DETENTION PROVISOIRE

8.1.1 *Les généralités*

Selon l'article 9 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen ^[57] et l'article 137 du CPP « *toute personne mise en examen, présumée innocente, demeure libre* ».

Cependant, en raison des nécessités de l'instruction, si une mesure de sûreté est nécessaire la personne mise en examen peut être astreinte à une ou plusieurs obligations du contrôle judiciaire ou être assignée à résidence avec surveillance électronique. Si ces mesures restent insuffisantes, à titre exceptionnel, elle peut être placée en détention provisoire (Art 137 CP).

C'est une mesure d'incarcération en maison d'arrêt, ordonnée par le JLD à la demande du Juge d'Instruction ou sur réquisition du Parquet.

La détention provisoire est ordonnée si la personne mise en examen (Art 143-1 CPP) :

- Encourt une peine criminelle.
- Encourt une peine correctionnelle d'une durée égale ou supérieure à trois ans d'emprisonnement.
- Se soustrait volontairement aux obligations du contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence.

Dans certains cas précisés par l'article 144 du CPP, la détention provisoire peut être ordonnée si elle permet de :

- Conserver les preuves ou indices matériels nécessaires à la manifestation de la vérité.
- Empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ainsi que leur famille.
- Empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices.
- Protéger la personne mise en examen.
- Garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice.
- Mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement.
- Mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public provoqué par la gravité de l'infraction, les circonstances de sa commission ou l'importance du préjudice qu'elle a causé (non applicable en matière correctionnelle).

La personne mise en examen comparaît devant le JLD, accompagnée de son avocat (*Art 145 du CPP*), la décision ne sera prise qu'après un débat contradictoire. La personne mise en examen peut alors demander un délai pour préparer sa défense dans ce cas ; le JLD prescrit l'incarcération provisoire du mis en examen pour une durée maximale de quatre jours ouvrables pendant lesquels le mis en examen comparaitra une nouvelle fois devant lui. Durant cette période de quatre jours maximum, le prévenu ne pourra faire appel de la décision.

8.1.2 La durée de la détention provisoire

La détention provisoire peut prendre fin à l'issue des délais butoirs, à la suite d'une décision du magistrat instructeur ou lorsque la condamnation est définitive. La durée de la détention provisoire est déduite intégralement de la durée de la peine définitive prononcée (*Art 716-4 du CPP*).

En matière correctionnelle, la détention ne peut excéder quatre mois lorsque le mis en examen encourt une peine inférieure ou égale à cinq ans. Si la personne mise en examen a déjà été condamnée pour un crime ou un délit de droit commun, la durée de la détention provisoire peut être prolongée de quatre mois maximum par le JLD.

La durée est portée à deux ans lorsqu'un des faits constitutifs de l'infraction a été commis hors du territoire national ou lorsque la personne est poursuivie pour trafic de stupéfiants, terrorisme, association de malfaiteurs, proxénétisme, extorsion de fonds ou pour une infraction commise en bande organisée et qu'elle encourt une peine égale à dix ans d'emprisonnement (*Art 145-1 du CPP*).

En matière criminelle, la durée de la détention provisoire ne peut excéder un an et peut être prolongée de six mois maximum après un débat contradictoire. La personne mise en examen ne peut être maintenue en détention provisoire au-delà de deux ans lorsque la peine encourue est inférieure à vingt ans de réclusion ou de détention criminelles et au-delà de trois ans dans les autres cas. Les délais sont portés respectivement à trois et quatre ans lorsque l'un des faits constitutifs de l'infraction a été commis hors du territoire national. Le délai est également de quatre ans lorsque la personne est poursuivie pour plusieurs crimes, pour trafic de stupéfiants, terrorisme, proxénétisme, extorsion de fonds ou pour un crime commis en bande organisée (*Art 145-2 du CPP*).

A tout moment, le Juge d'Instruction peut décider seul de remettre à l'intéressé une ordonnance de remise en liberté ou une ordonnance de non-lieu, si les conditions de la détention provisoire ne sont plus réunies.

8.1.3 L'exécution de la détention provisoire

L'exécution de la détention provisoire se fait en maison d'arrêt où les prévenus bénéficient d'un régime de détention et de droits particuliers. Selon l'article 716 du CPP, les prévenus sont placés en cellule individuelle. Dans certains cas, ce principe peut être dérogé :

- Si l'intéressé en fait la demande.
- Si sa personnalité justifie qu'il ne soit pas laissé seul.
- S'il est autorisé à travailler ou à suivre une formation professionnelle ou scolaire et que les nécessités d'organisation l'imposent.

Le régime de détention peut être adapté en fonction de certains paramètres :

- La notice individuelle : elle est transmise par le Juge d’Instruction au chef de l’établissement pénitentiaire et comporte des informations utiles sur le prévenu (faits ayant motivé la poursuite, antécédents judiciaires, personnalité, dangerosité, maladies, toxicomanie, tendance suicidaire ...).
- Le placement en isolement : si l’autorité judiciaire ordonne une interdiction de communiquer ou une demande d’isolement, l’encellulement est individuel.
- Le changement de cellule : les prévenus peuvent faire la demande d’un changement de cellule mais ils ne doivent pas être réunis contre leur gré avec des condamnés (*Art D59 du CPP*).

Les droits particuliers des prévenus :

Ils concernent la correspondance, les droits de la défense et les droits soumis à autorisation.

- La correspondance

Le prévenu peut écrire tous les jours et sans limitation aux personnes de son choix et recevoir des lettres de toutes personnes (*Art D56 du CPP*).

Cependant le Juge d’Instruction peut, lors du placement en détention provisoire, prescrire une interdiction de communiquer d’une durée de dix jours, renouvelable une fois (*Art 145-4 du CPP*).

La correspondance peut être contrôlée au départ ou à la réception du courrier, sauf si elle se fait avec les autorités judiciaires ou administratives, l’aumônier ou le conseil.

- L’exercice des droits de la défense

Il s’agit d’un principe fondamental du droit pénal. Le prévenu a le droit de communiquer librement avec son conseil et peut choisir librement son défenseur.

- Les droits soumis à autorisation

Ceci concerne les relations du prévenu avec l’extérieur, le travail et la gestion de ses biens. Le permis de visite, délivré par le Juge d’Instruction, est valable jusqu’à la condamnation définitive.

Les visites sont au nombre de trois par semaine minimum, d'une durée de trente minutes. Tous les détenus peuvent demander l'autorisation de travailler.

Comme pour tous les détenus, il n'est laissé ni argent ni valeurs (autres que l'alliance et la montre) aux prévenus.

Le prévenu peut durant toute la phase de l'instruction faire appel des ordonnances rendues concernant sa liberté (ordonnance de placement ou de maintien en détention provisoire, ordonnance de refus de mise en liberté). L'appel est fait devant la Chambre d'Instruction de la Cour d'Appel.

L'appel concernant l'ordonnance de placement ou de maintien de la détention provisoire :

Il peut se faire directement après le débat contradictoire ou dans les dix jours à compter de la notification de la décision. Il doit être adressé par l'avocat au greffier du TGI ou par le prévenu au greffe judiciaire de l'établissement pénitentiaire. Celui-ci transmettra la demande au greffe de la juridiction. L'appel n'est pas suspensif, c'est à dire que le prévenu reste en détention provisoire tant que la Chambre d'Instruction n'a pas rendu sa décision. La Chambre d'Instruction doit statuer dans les dix jours, passé ce délai le prévenu sera automatiquement remis en liberté.

Si la demande d'appel est faite dans les vingt-quatre heures, elle est directement examinée par le Président de la Chambre d'Instruction qui rendra, au plus tard dans les trois jours, une ordonnance non motivée et non susceptible de recours : le référé-liberté (*Art 187-1 du CPP*).

La personne formant le recours peut demander que le dossier soit directement examiné par la Chambre d'Instruction (formation collégiale) qui devra statuer au plus tard dans les cinq jours (*Art 187-2 du CPP*).

La personne placée en détention provisoire peut, à tout moment, adresser au Juge d'Instruction une demande de mise en liberté :

Cette demande est communiquée au Procureur de la République. Le Juge d'Instruction doit saisir (sauf s'il est favorable à la demande) dans les cinq jours le JLD.

Celui-ci rendra une ordonnance motivée. Si le JLD ne statue pas dans les délais, la Chambre d'Instruction peut directement être saisie par le prévenu. La Chambre d'Instruction se prononcera dans les vingt jours, sur les réquisitions écrites et motivées du Procureur Général.

Le non-respect du délai engendre la remise en liberté d'office du prévenu (*Art 148 du CPP*).

8.2 LA PROCEDURE D'ORIENTATION ET D'AFFECTATION DES PERSONNES CONDAMNEES A UN ETABLISSEMENT POUR PEINE

La procédure d'orientation consiste à choisir l'établissement pour peines le plus adapté à la situation d'un condamné ^[91]. Elle est obligatoirement mise en place si le temps d'incarcération restant après une condamnation définitive est supérieur à un an, dans les autres cas elle est facultative.

Un dossier d'orientation individuel est constitué, permettant de suivre l'évolution du condamné tout au long de l'exécution de sa peine, sous la responsabilité du chef de l'établissement. Ce dossier d'orientation comprend ^[91] : (*Art D77 du CPP*).

- Les renseignements sur la situation pénale et pénitentiaire.
- L'extrait de jugement ou d'arrêt.
- La notice individuelle (*Art D158 du CPP*).
- La décision sur les intérêts civils.
- La fiche psychotechnique renseignée par le surveillant orienteur.
- La prise en charge sanitaire.
- L'avis du service d'insertion et de probation.
- L'avis du Juge de l'application des peines.
- La proposition du chef de l'établissement.
- L'enquête de personnalité et autres enquêtes (familiale, sociale...).
- Les rapports des examens médicaux (psychiatriques ou médico-psychologiques).
- L'avis du Président de la juridiction ayant prononcé la condamnation.

Ce dossier d'orientation est transmis dans un délai de trois mois, à partir de la condamnation définitive, au directeur régional des services pénitentiaires qui statuera sur l'affectation du condamné.

LES CRITERES D'AFFECTATION :

- La dangerosité (par exemple, si le condamné est inscrit sur le répertoire des détenus particulièrement signalés, l'affectation en maison centrale sera privilégiée).
- Le maintien des liens familiaux afin de préserver l'équilibre de la personne détenue, favoriser ses liens avec l'extérieur et faciliter sa réinsertion.
- La nécessité de prise en charge psychologique ou psychiatrique.
- L'accès au travail, à la formation professionnelle

LA DECISION D'AFFECTATION :

La décision d'affectation est prise soit par :

- LE MINISTRE DE LA JUSTICE

Il est compétent pour l'affectation des condamnés dans tous les établissements pénitentiaires. Le Ministre de la Justice est le seul à pouvoir être compétent pour :

- l'envoi du condamné au Centre National d'Observation (CNO) pendant un ou deux mois, où il sera soumis à divers examens médicaux, psychiatriques, psychologiques et psychotechniques avant de proposer une affectation,
- l'affectation en maison centrale,
- l'affectation des condamnés dont la peine est supérieure ou égale à dix ans et si le reliquat de peine restant est supérieur à cinq ans,
- l'affectation des condamnés pour actes de terrorisme,
- l'affectation des condamnés inscrits au répertoire des détenus particulièrement signalés.

- LE DIRECTEUR INTERREGIONAL DES SERVICES PENITENTIAIRES

Il est compétent pour les condamnés à une peine inférieure à dix ans et pour les condamnés dont la peine est supérieure ou égale à dix ans dont le reliquat de peine restant est inférieur ou égal à cinq ans.

- LE CHEF DE L'ETABLISSEMENT

Le directeur régional des services pénitentiaires peut déléguer sa compétence au directeur de l'établissement pénitentiaire pour les condamnés dont la durée d'incarcération, restant à subir le jour où la condamnation est devenue définitive, est inférieure à deux ans pour les affectations en quartier centre de détention et maison d'arrêt ou n'excédant pas un an pour les affectations dans les quartiers pour peines aménagées.

LES CHANGEMENTS D'AFFECTATION (Art D82 du CPP) :

L'affectation peut être modifiée à la demande du condamné ou à celle du chef de l'établissement pénitentiaire uniquement s'il survient un fait ou un élément d'appréciation nouveau (comportement du détenu incompatible avec le régime de détention, formation professionnelle, état de santé du détenu ...). Cette décision de changement revient au Ministre de la Justice si :

- Le sujet est condamné à raison d'actes de terrorisme.
- Le condamné est inscrit au répertoire des détenus particulièrement signalés.
- La durée de l'incarcération restante est supérieure à trois ans pour les condamnés dont la peine est supérieure ou égale à dix ans.

Pour les autres cas, la décision du changement d'affectation est de la compétence du directeur interrégional des services pénitentiaires.

8.3 L'EXECUTION DES PEINES PRIVATIVES DE LIBERTE

8.3.1 Les généralités

L'emprisonnement est perçu comme la peine privative de liberté de référence ayant un réel pouvoir de persuasion, ayant pour but de protéger la société, de favoriser la réinsertion et de diminuer la récidive. L'emprisonnement ferme comme principale peine privative de liberté pose le problème de la surpopulation carcérale. Au 1^{er} janvier 2015, il y avait 77 291 personnes sous écrou dont 66 270 personnes en détention, selon les statistiques du Ministère de la Justice ^[39].

Les peines privatives de liberté sont différenciées en réclusion criminelle (entre dix et trente ans) et emprisonnement (inférieur à dix ans).

En matière correctionnelle, la peine d’emprisonnement sans sursis doit être prononcée en dernier recours (*Art 132-19 du CP*).

Les aménagements des peines privatives de liberté sont :

- Les réductions de peines.
- Les permissions de sortir.
- Les autorisations de sortir sous escorte.
- Le placement à l’extérieur.
- La semi-liberté.
- Le fractionnement de peine.
- La suspension de peine.
- Le placement sous surveillance électronique.
- La libération conditionnelle

8.3.2 La libération sous contrainte

Le JAP examine la situation du condamné exécutant une peine privative de liberté d’une durée totale inférieure ou égale à cinq ans, dans les cas où la durée de la peine accomplie est au moins égale au double de la durée de la peine restant à subir (*Art 720 du CPP*).

A l'issue de cet examen en Commission de l'application des peines, le JAP décide, par ordonnance motivée :

- Soit de prononcer une mesure de libération sous contrainte.
- Soit de ne pas la prononcer, s'il estime qu'une telle mesure n'est pas possible ou si la personne condamnée n'a pas fait préalablement connaître son accord.

La libération sous contrainte entraîne l'exécution du reliquat de peine sous le régime, selon la décision prise par le JAP, de la semi-liberté, du placement à l'extérieur, du placement sous surveillance électronique ou de la libération conditionnelle

8.3.3 La période de sûreté

(Art 720-2 et 720-4 du CPP et 132-23 du CP)

La période sûreté correspond à une mesure interdisant au condamné de bénéficier de mesures d'aménagement de peines (la suspension ou le fractionnement de la peine, le placement à l'extérieur, les permissions de sortir, la semi-liberté et la libération conditionnelle).

La durée de la période de sûreté est de la moitié de la peine sauf s'il s'agit d'une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité où elle est de dix-huit ans.

La Cour d'Assises ou le tribunal peut toutefois, par décision spéciale soit :

- Porter ces durées jusqu'aux deux tiers de la peine ou, s'il s'agit d'une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité, jusqu'à vingt-deux ans.
- Décider de réduire ces durées.

Dans les autres cas, lorsque la juridiction prononce une peine privative de liberté d'une durée supérieure à cinq ans, non assortie du sursis, elle peut fixer une période de sûreté pendant laquelle le condamné ne peut bénéficier d'aucune des modalités d'exécution de la peine. La durée de cette période de sûreté ne peut excéder les deux tiers de la peine prononcée ou vingt-deux ans en cas de condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité.

Les réductions de peines accordées pendant la période de sûreté ne seront imputées que sur la partie de la peine excédant cette durée.

8.3.4 La suspension et le fractionnement des peines privatives de liberté

La suspension de peine est une interruption momentanée de l'exécution d'une peine. Cette peine reprend quand la cause de la suspension n'existe plus, pour le temps qui restait.

Le fractionnement de peine permet d'exécuter sa peine par périodes.

La juridiction qui accorde une suspension de la peine peut soumettre le condamné à des obligations ou interdictions prévues par les articles 132-44 et 132-45 du CP (convocation, exercer une activité professionnelle, se faire prodiguer des soins...).

Il existe deux conditions différentes à l'octroi du fractionnement ou de la suspension de peine :

- Si la peine d'emprisonnement restant à subir par le condamné est inférieure ou égale à deux ans en matière correctionnelle : dans ce cas, la peine peut être suspendue ou fractionnée pour raison médicale, familiale, professionnelle ou sociale par JAP ou par la juridiction de jugement pour le fractionnement de peine. Les fractionnements ne pouvant être inférieurs à deux jours (*Art 720-1 du CPP*).
- Si le condamné est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital ou si son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. Il s'agit de la suspension de peine pour raison médicale (*voir ci-dessous*).

Le rôle du médecin : Le médecin de l'unité sanitaire est considéré comme le médecin traitant du condamné, il a donc pour rôle d'informer son patient de son état de santé et des mesures d'aménagement de peine dont il pourrait bénéficier. Le médecin doit, si nécessaire, délivrer au condamné un certificat médical descriptif de son état de santé mentionnant notamment que « *le pronostic vital est engagé* » ou que « *l'état de santé de la personne condamnée est durablement incompatible avec son maintien en détention* ».

Si le condamné refuse ou est dans l'impossibilité physique ou psychique de faire la demande pour un aménagement de peine pour raisons médicales, le médecin doit aviser le chef de l'établissement pénitentiaire que l'état de santé de ce condamné n'est pas compatible avec son maintien en détention ^[92] (*Art D382 du CPP*).

Si la suspension de peine a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle, une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les six mois.

Si la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, cette suspension est ordonnée par le JAP.

Dans les autres cas, elle est prononcée par le Tribunal de l'application des peines (TAP) (*Art 720-1-1 du CPP*).

En cas d'incident pendant la période de suspension ou de fractionnement de la peine, le Juge de l'application des peines peut retirer la mesure (*Art D147-4 du CPP*).

LES MESURES DE SUSPENSION DE PEINE ET LA LIBERATION POUR RAISON MEDICALE

La mesure de suspension de peine pour raison médicale s'applique sans conditions par rapport à la nature ou à la durée de la peine. L'exécution de la peine est suspendue et reprend son cours s'il est mis fin à cette mesure soit parce que ses conditions ne sont plus remplies, soit parce que les obligations fixées par la décision ne sont pas respectées.

Les personnes détenues nécessitant un traitement médical peuvent bénéficier d'autres mesures d'aménagement de peine : libération conditionnelle, semi-liberté, placement extérieur, placement sous surveillance électronique.

Le choix du type d'aménagement sollicité par la personne condamnée doit être fait en concertation avec le SPIP et éventuellement, son avocat. Il n'est pas du ressort du médecin de préciser le type d'aménagement de peine à demander. La décision appartient à l'autorité judiciaire.

La suspension ne peut être ordonnée que si une expertise médicale établit que le patient se trouve dans le cas de raisons médicales graves (pronostic vital engagé ou état de santé physique ou mental incompatible avec le maintien en détention).

En cas d'urgence, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de l'unité sanitaire ou son remplaçant. Le médecin remet au patient un certificat médical descriptif de son état de santé. Ce certificat peut indiquer que le pronostic vital est engagé ou que l'état de santé de la personne condamnée est durablement incompatible avec son maintien en détention. Un double de ce certificat est conservé dans le dossier médical. Ce certificat se substitue à l'expertise prévue à l'article 720-1-1 du CPP.

Il est remis par le patient au JAP, au SPIP, à son avocat, à sa famille ou au directeur de l'établissement afin de constituer son dossier (*Art 147-1 du CPP*).

Si le patient détenu refuse d'engager cette procédure alors que son état de santé le nécessite, le médecin lui remet également le certificat médical et après en avoir informé la personne condamnée, avise par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire, qu'il estime que l'état de santé de cette personne « *n'est pas compatible avec son maintien en détention* », conformément aux dispositions de l'article D382 du CPP. Il en va de même lorsque le détenu se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté ou de comprendre la gravité de son état de santé. Dans ce cas, le médecin remet le certificat, qui ne doit comporter aucun élément de diagnostic, à la personne susceptible d'intervenir au mieux dans l'intérêt de son patient. Il peut s'agir soit de la famille ou d'un proche du détenu malade, soit d'une personne de confiance.

Dans tous les cas, précise la circulaire du 24 juillet 2003 ^[92], lorsqu'il l'estime nécessaire et après en avoir informé le patient, le médecin peut aviser « *l'autorité judiciaire de l'urgence de la situation afin que celle-ci prenne toutes les mesures utiles pour accélérer la procédure* ».

Environ 120 personnes meurent chaque année dans les prisons (en excluant les décès par suicide) ^[22]. Entre avril 2002 et décembre 2004, 165 détenus ont bénéficié d'une libération pour raison de santé selon le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé ^[62].

8.3.5 La réduction de peine

La réduction de peine est une mesure prise par le JAP dispensant le condamné de l'exécution d'une partie de sa peine, après avis de la Commission de l'application des peines (Art 712-5 du CPP). Elle est calculée par le greffe de l'établissement pénitentiaire sous contrôle du Ministère public (Art D115-1 à D115-5 du CPP).

Il existe trois sortes de réduction de peine :

- Les réductions de peine ordinaires, accordées par crédit.
- Les réductions de peine supplémentaires.
- Les réductions de peine exceptionnelles.

LES REDUCTIONS DE PEINE ORDINAIRES OU CREDIT DE REDUCTION DE PEINES (Art 721 du CPP)

Elles sont accordées par voie de crédit, automatiquement dès la condamnation définitive, fondée sur la présomption de bonne conduite du condamné.

Le crédit de réduction de peine correspond à une diminution de la peine prononcée. Il est calculé sur la durée de la condamnation à hauteur de trois mois pour la première année, de deux mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, de sept jours par mois. Pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux sept jours par mois ne peut toutefois excéder deux mois (Art 721 du CPP).

Le retrait du crédit de réduction de peine peut avoir lieu dans les conditions suivantes :

- Mauvaise conduite du condamné en détention.
- Nouvelle condamnation à une peine privative de liberté commis après la libération d'un détenu dans le cadre de la période du crédit de réduction de peine.
- Crime ou délit commis à l'occasion d'une permission de sortir.
- Refus de se soumettre aux prélèvements biologiques nécessaire pour le fichier national automatisé des empreintes génétiques.
- Réduction de peine conditionnelle : correspond au retrait de réduction de peine après libération. C'est-à-dire soumettre le condamné à un délai d'épreuve pendant le temps de la réduction de peine ne pouvant excéder le total des réductions de peine dont il a bénéficié (interdiction de recevoir la partie civile ou la victime, de la rencontrer ou d'entrer en contact avec ...). (Art 721-2 et D117 du CPP)

LES REDUCTIONS DE PEINE SUPPLEMENTAIRES (Art 721-1 du CPP)

Elles sont accordées aux condamnés qui manifestent des efforts de réadaptation sociale (passage avec succès d'examen scolaire, universitaire ou professionnel, suivi d'une thérapie ...) et s'ajoutent aux réductions de peine ordinaires.

La durée de la réduction de peine supplémentaire est différente si le condamné est en situation de récidive légale ou non :

- Si le condamné est en état de récidive légale, deux mois par année d'incarcération ou quatre jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à subir est inférieure à une année.
- Si le condamné n'est pas en état de récidive légale, ces limites sont respectivement portées à trois mois et à sept jours.

L'état de récidive légale est défini par les articles 132-8, 132-9 et 132-10 du CP. Cet état de récidive légale concerne les personnes condamnées définitivement. Il faudra faire la différence entre la récidive d'un délit puni de dix ans d'emprisonnement ou d'un crime et la récidive d'un délit :

* Concernant les délits, il faut qu'un même délit ou un délit assimilé par la loi soit commis dans un délai de cinq ans à compter de l'expiration ou de la prescription de la précédente peine. Dans ce cas le maximum des peines d'emprisonnement et d'amende encourues est doublé.

* Concernant les délits punis de dix ans d'emprisonnement ou les crimes :

- Si dans un délai de dix ans à compter de l'expiration ou de la prescription de la précédente peine, le condamné commet un délit puni de la même peine, le maximum des peines d'emprisonnement et d'amende encourues est doublé.

- Si dans le délai de cinq ans à compter de l'expiration ou de la prescription de la précédente peine, le condamné commet un délit puni d'une peine d'emprisonnement d'une durée supérieure à un an et inférieure à dix ans, le maximum des peines d'emprisonnement et d'amende encourues est doublé.

Elles sont accordées par le JAP après avis de la Commission de l'application des peines.

La réduction de peine supplémentaire peut être retirée dans les cas suivants :

- Crime ou délit commis à l'occasion d'une permission de sortir.
- Refus de se soumettre aux prélèvements biologiques nécessaire pour le fichier national automatisé des empreintes génétiques.
- Réduction de peine conditionnelle.

LES REDUCTIONS DE PEINE EXCEPTIONNELLES (Art 721-3 du CPP)

Elles sont accordées aux condamnés dont les déclaration faites à l'autorité administrative ou judiciaire, avant ou après leur condamnation, ont permis de faire cesser ou d'éviter la commission d'une infraction relevant de la criminalité et de la délinquance organisées (Art 706-73 et 706-74 du CPP).

C'est le Tribunal de l'application des peines qui accorde ces réductions exceptionnelles. Elles ne peuvent excéder le tiers de la peine prononcée. Elles sont retirées si le condamné refuse de se soumettre aux prélèvements biologiques ou fraude à ces prélèvements pour alimenter le fichier national automatisé des empreintes génétiques.

8.3.6 Le placement à l'extérieur

Le placement à l'extérieur est une mesure permettant au condamné d'avoir certaines activités en dehors de l'établissement pénitentiaire. Il peut être prononcé par la juridiction de jugement ou par le JAP.

Le placement à l'extérieur peut être décidé pour une peine égale ou inférieure à deux ans d'emprisonnement, ou en cas de récidive légale, pour une peine égale ou inférieure à un an, si le condamné justifie des conditions suivantes (*Art 132-25 du CP et 723-1 du CPP*).

- Exercice d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou d'une formation professionnelle.
- Participation essentielle à la vie de sa famille.
- Efforts de réadaptation sociale.
- Suivi d'un traitement médical.

Il existe deux formes de placement à l'extérieur :

- Le placement à l'extérieur sans être soumis à la surveillance du personnel pénitentiaire (*Art D136 du CPP*).
- Le placement à l'extérieur soumis au contrôle de l'administration pénitentiaire (*Art 132-26 du CP et art 723 et D126 du CPP*).

Le placement à l'extérieur peut être assorti de plusieurs conditions décidées par le JAP (*Art 132-44 et 132-45 du CP*) :

L'article 132-44 du code pénal énumère les mesures de contrôle suivantes :

- Répondre aux convocations du JAP ou du travailleur social désigné.

- Recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations.
- Prévenir le travailleur social de ses changements d'emploi.
- Prévenir le travailleur social de ses changements de résidence ou de tout déplacement dont la durée excéderait quinze jours et rendre compte de son retour.
- Obtenir l'autorisation préalable du Juge de l'application des peines pour tout déplacement à l'étranger et, lorsqu'il est de nature à mettre obstacle à l'exécution de ses obligations, pour tout changement d'emploi ou de résidence.

L'article 132-45 du code pénal prévoit de nombreuses autres obligations :

- Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle.
- Établir sa résidence en un lieu déterminé.
- Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.
- Justifier de la contribution aux charges familiales ou de l'acquittement des pensions alimentaires.
- Réparer les dommages causés par l'infraction.
- Justifier de l'acquittement des sommes dues au trésor public.
- S'abstenir de conduire certains véhicules déterminés par les catégories de permis prévues par le code de la route.
- Ne pas se livrer à l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise ou ne pas exercer une activité impliquant un contact habituel avec des mineurs.
- S'abstenir de paraître en tout lieu, toute catégorie de lieux ou toute zone spécialement désignés.
- Ne pas engager de paris, notamment dans les organismes de paris mutuels.
- Ne pas fréquenter les débits de boissons.
- Ne pas fréquenter certains condamnés, notamment les auteurs ou complices de l'infraction.

- S'abstenir d'entrer en relation avec certaines personnes, dont la victime, ou certaines catégories de personnes, et notamment des mineurs, à l'exception, le cas échéant, de ceux désignés par la juridiction.
- Ne pas détenir ou porter une arme.
- En cas d'infraction commise à l'occasion de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur, accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière.
- Accomplir un stage de citoyenneté.
- En cas d'infraction commise contre son conjoint (concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité), ou contre ses enfants (ceux de son conjoint, concubin ou partenaire), résider hors du domicile du couple et s'abstenir de paraître dans ce domicile ou aux abords immédiats de celui-ci, et si nécessaire, faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique. L'avis de la victime est recueilli, dans les meilleurs délais et par tous moyens, sur l'opportunité d'imposer au condamné de résider hors du logement du couple. Sauf circonstances particulières, cette mesure est prise lorsque sont en cause des faits de violences susceptibles d'être renouvelés et que la victime la sollicite. La juridiction peut préciser les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement.
- Accomplir à ses frais un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple et sexistes.

A la fin de chaque journée de travail, le détenu doit réintégrer l'établissement pénitentiaire sous peine d'être considéré comme évadé (*Art D130 et D125 du CPP*).

Le retrait de cette mesure sera pris par le JAP en cas de non-respect des mesures prononcées ou de mauvaise conduite.

8.3.7 La semi-liberté

La semi-liberté est une mesure d'aménagement de peine sous écrou permettant à une personne condamnée de bénéficier d'un régime de détention particulier l'autorisant à quitter l'établissement pénitentiaire.

Les condamnés bénéficiant du régime de la semi-liberté sont détenus dans des centres de semi-liberté ou des centres pour peines aménagées, qui ont vocation à la réinsertion sociale et à la préparation à la sortie (*Art D72-1 du CPP*).

Le régime de la semi-liberté est octroyé par le JAP :

- Si la peine est égale ou inférieure à deux ans d'emprisonnement ou s'il reste à subir par le condamné une ou plusieurs peines privatives de liberté dont la durée totale n'excède pas deux ans.

Si le condamné est en état de récidive légale les durées de deux ans sont réduites à un an (*Art 723-1 du CPP*).

- Et si le condamné justifie soit de l'exercice d'une activité professionnelle, soit de son assiduité à un enseignement ou une formation professionnelle ou encore d'un stage ou d'un emploi temporaire en vue de son insertion sociale, soit de sa participation essentielle à la vie de sa famille, soit de la nécessité de subir un traitement médical, soit de l'existence d'efforts sérieux de réadaptation sociale résultant de son implication durable dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive (*Art 132-25 du CP*).

Le régime de la semi-liberté peut être octroyé dans le cadre d'une libération conditionnelle, à titre probatoire, pour une période maximale d'un an. Le JAP fixe les modalités d'exécution de la semi-liberté par ordonnance non susceptible de recours, dans un délai maximum de quatre mois à compter de la date à laquelle la condamnation est exécutoire (*Art 723-2 du CPP*).

La semi-liberté astreint le condamné à rejoindre l'établissement pénitentiaire selon des modalités qui seront fixées par le JAP en fonction du temps nécessaire à l'activité du condamné pour laquelle il a été admis au régime de la semi-liberté. (*Art 132-26 du CP*)

Le JAP peut en vertu de l'article 723-4 du CPP, astreindre le condamné à plusieurs obligations ou interdictions qui sont fixées par le CPP.

Les jugements concernant les mesures de semi-liberté sont rendus, après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, à l'issue d'un débat contradictoire tenu en chambre du conseil, au cours duquel le JAP entend les réquisitions du Ministère public et les observations du condamné ou celles de son avocat (*Art 712-6 du CPP*).

Le JAP peut suspendre la mesure de semi-liberté, après avis du Procureur de la République, en cas de non-respect des obligations incombant au condamné ou en cas de tout incident intervenu sous le régime de la semi-liberté. Tout incident doit donc lui être signalé (*Art 712-18 et D124 du CPP*).

Tout condamné ne se soustrayant pas aux contrôles auxquels il est soumis ou ne réintégrant pas l'établissement pénitentiaire est considéré comme évadé (*Art 434-29 du CP*).

8.3.8 La permission de sortir

La permission de sortir autorise un condamné à s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant une période déterminée (*Art 723-3 du CPP*).

Le condamné peut alors se rendre en un lieu sur le territoire national. Elle a pour objet :

- De préparer la réinsertion professionnelle ou sociale du condamné.
- De maintenir les liens familiaux.
- De permettre l'accomplissement d'obligation exigeant la présence du condamné.

L'autorisation est prise par le JAP après avis de la Commission de l'application des peines à la demande du détenu ou du SPIP (*Art 712-5 du CPP*).

L'ordonnance de permission de sortir fixe les modalités : horaires de sortie et de retour, lieu d'hébergement, mode de transport ... Le détenu bénéficiaire d'une permission de sortir doit supporter les frais occasionnés par son séjour hors de l'établissement et notamment le coût des moyens de transport qu'il serait éventuellement obligé d'utiliser (*Art D147 du CPP*).

Pour pouvoir bénéficier d'une permission de sortir, la condamnation doit être définitive et le détenu ne doit pas être en période de sûreté.

Il existe plusieurs types de permissions de sortir n'excédant par une journée pouvant être accordées aux condamnés à une peine privative de liberté inférieure ou égale à cinq ans ou à une peine privative de liberté supérieure à cinq ans, lorsque ces derniers ont exécuté la moitié de leur peine (*Art D143 du CPP*) :

- Présentation à leurs employeurs éventuels des détenus prochainement libérables ou susceptibles d'être admis au bénéfice de la libération conditionnelle ou au régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur.
- Présentation aux épreuves d'un examen.
- Présentation dans un centre de soins.
- Accomplissement de toute formalité requise par l'autorité militaire soit préalablement à un engagement dans les forces armées en vue duquel la libération conditionnelle a été accordée, soit à l'égard des détenus militaires.
- Sorties pour la pratique d'activités culturelles ou sportives organisées.
- Comparution soit devant une juridiction de l'ordre judiciaire, soit devant une juridiction ou un organisme d'ordre administratif.
- Exercice par le condamné de son droit de vote.

Une permission de sortir peut être ordonnée pour une durée maximale de trois jours en cas de maladie grave ou de décès d'un proche, pour le condamné à une peine privative de liberté inférieure ou égale à cinq ans ou celui condamné à une peine privative de liberté supérieure ou égale à cinq ans s'il a effectué la moitié de sa peine (*Art D144 du CPP*).

Une permission de sortir d'une durée maximale de trois jours peut être accordée en vue du maintien des liens familiaux ou de la préparation de la réinsertion sociale, aux condamnés qui ont exécuté la moitié de leur peine et qui n'ont plus à subir qu'un temps de détention inférieur à trois ans (*Art D145 du CPP*).

La permission de sortir peut être assortie de plusieurs conditions citées dans les articles 132-44 et 132-45 du CP.

Le retrait d'une permission de sortir peut se faire dans certaines conditions :

- Non-respect des mesures de contrôle fixées par le Juge de l'application des peines.
- Mauvais comportement en dehors de l'établissement.
- Non réintégration ou réintégration tardive constituant un délit d'évasion (*Art 434-29 du CP et art D125 du CPP*).

8.3.9 L'autorisation de sortie sous escorte

L'autorisation de sortie sous escorte correspond à une autorisation de sortir de l'établissement pénitentiaire, accompagné d'une escorte le temps de remplir une obligation personnelle pour une journée maximum. Tout détenu peut bénéficier à titre exceptionnel de cette mesure quelle que soit sa situation juridique et sans condition de délai (*Art 723-6 du CPP*).

Elle est accordée par (*Art 148-5 du CPP*) :

- Le Juge d'Instruction au cours de l'instruction.
- La juridiction de jugement après clôture de l'instruction.
- Le JAP après avis de la Commission de l'application des peines, au cours de l'exécution de la peine.

L'escorte est désignée par l'autorité qui accorde l'autorisation de sortie sous escorte. Il peut s'agir de membre de la police, de la gendarmerie, de l'administration pénitentiaire ou au personnel socio-éducatif (*Art D426 du CPP*).

8.3.10 Le placement sous surveillance électronique

Le placement sous surveillance électronique permet au condamné d'exécuter sa peine en dehors de l'établissement pénitentiaire sous certaines conditions. Le placement sous surveillance électronique peut être ordonné par le Juge d'Instruction ou le JLD pour les personnes assignées à résidence ou par la juridiction de jugement ou par le JAP pour les condamnés à une peine privative de liberté (*Art R57-10 du CPP*).

Il est prononcé, par la juridiction de jugement, pour une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans ou en cas de récidive légale si la peine est égale ou inférieure à un an et ne peut excéder un an.

Le placement sous surveillance électronique ne peut être prononcé qu'avec l'accord du condamné.

Le condamné doit justifier d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou formation professionnelle, d'un emploi temporaire, de la participation à la vie de sa famille ou de la nécessité d'un traitement médical (*Art 132-26-1, 132-25 du CP et art 723-7 du CPP*).

Le condamné placé sous surveillance électronique a interdiction de s'absenter de son domicile ou autre lieu désigné par le JAP, en dehors des périodes prévues par celui-ci et a obligation de répondre aux convocations de toute autorité publique désignée par le JAP (*Art 132-26-2 du CP*).

Le JAP peut soumettre le condamné à des mesures de contrôle : convocations, exercer une profession, subir un examen médical ... (*Art 132-45 du CP*).

Un contrôle à distance est effectué par les agents de l'établissement pénitentiaire. Dans le cas où le condamné ne serait pas présent au lieu et aux horaires fixés par le JAP,

les agents de l'administration pénitentiaire peuvent se rendre au lieu de l'assignation, sans pouvoir pénétrer dans le lieu sans l'accord du condamné (*Art 723-9 du CPP*).

Il existe aussi un placement sous surveillance mobile (port d'un émetteur permettant de déterminer à distance la localisation sur tout le territoire national) qui ne peut être prononcé que si la peine privative de liberté est supérieure ou égale à sept ans ou si le crime ou délit est commis en état de récidive puni d'une peine supérieure ou égale à cinq ans. Une expertise médicale doit constater la dangerosité du condamné (*Art 131-36-10, 131-36-12 du CP*).

La décision de retrait du placement sous surveillance électronique peut être prise par le JAP en cas de :

- Inobservation des interdictions et mesures prononcées.
- Inconduite notoire.
- Nouvelle condamnation.
- Refus par le condamné des modifications d'exécution.
- Demande du condamné.

Le temps passé sous surveillance électronique compte dans l'exécution de la peine (*Art 723-13 du CPP*).

8.4 L'APPLICATION DES PEINES ET LES PROCEDURES D'EXECUTION

8.4.1 *Le principe de l'individualisation des peines*

L'article 8 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ^[57] précise que « *la loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires ...* ».

Le pouvoir législatif fixe, par la mise en place des lois, l'infraction et la peine correspondante. La juridiction prononce les peines et fixe le régime d'application de la peine en fonction de l'infraction et de la personnalité de l'auteur. La nature, le quantum et le régime des peines prononcées permettent de concilier la protection de la Société, la sanction du condamné, les intérêts de la victime avec la nécessité de favoriser l'insertion du condamné et de prévenir la commission de nouvelles infractions (Art 132-24 CP).

Le principe de l'individualisation des peines a donc pour but d'adapter la sanction à la personnalité de l'auteur. La peine doit être expressément prononcée par la juridiction pour être applicable.

Il avait été mis en place en 2007 « les peines planchers » obligeant le Juge à prononcer des peines minimales concernant les personnes en état de récidive légale mais elles ont été supprimées en 2014, par la loi n° 2014-896 du 15 Août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales ^[82].

Ces peines planchers font parties des « peines automatiques », qui sont, de fait, attachées de plein droit à diverses condamnations pénales, sans que le Juge n'ait à les prononcer expressément. Les peines complémentaires définies par la loi, appartenant aussi aux peines automatiques, peuvent respecter le principe d'individualisation des peines à condition qu'elles soient expressément prononcées par l'autorité compétente et qu'elles soient liées à la nature de l'infraction commise, comme par exemple : l'annulation du permis de conduire, pour un comportement délictuel commis à l'occasion de la conduite d'un véhicule.

La peine a pour fonction de sanctionner le condamné, de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion. Ainsi toute peine prononcée par une juridiction doit être individualisée, en déterminant la nature, le quantum et le régime des peines prononcées en fonction des circonstances de l'infraction, de sa situation matérielle, familiale et sociale (*Art 1 et 2 de la loi n° 2014-896 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales*^[82]).

Le principe étant que chaque condamné doit voir évoluer l'exécution de sa peine en fonction de sa propre évolution. La sanction pénale doit donc être modulée afin de correspondre à la gravité relative des faits et à la personnalité de l'auteur. Ceci engendre une grande variété de peines pouvant être prononcées par le Juge que ce soit en matière délictuelle ou criminelle.

Le législateur a donc la volonté de favoriser l'individualisation de la sanction afin de diminuer le risque de récidive et de promouvoir l'insertion ou la réinsertion du condamné (*Art 707 du CPP*).

Les peines peuvent être personnalisées lors de leur prononcé par une juridiction de jugement ou lors de leur application par le JAP ou par le TAP.

Le prononcé d'une peine peut être ajourné par la juridiction (c'est-à-dire reporté ultérieurement), si celle-ci pense que des investigations complémentaires sur la personnalité ou la situation matérielle, familiale et sociale de l'accusé sont nécessaires afin que la sanction pénale soit la plus adaptée. Ces investigations seront confiées, suivant le cas, aux SPIP ou à des personnes morales habilitées (*Art 132-70-1 du CPP*).

8.4.2 Les juridictions d'application des peines

8.4.2.1 Les juridictions de l'application des peines du premier degré

Les juridictions de l'application des peines du premier degré se composent du JAP et du TAP. Elles sont chargées de fixer les principales modalités de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leurs applications. Les décisions prises par les juridictions du premier degré peuvent être contestées par la voie de l'appel, porté devant la chambre de l'application des peines de la Cour d'Appel ou devant le Président de cette chambre (*Art 712-1 du CPP*).

8.4.2.1.1 Le Juge de l'application des peines

Le JAP est un magistrat du siège désigné par décret, après avis du Conseil supérieur de la magistrature, à compétence territoriale précise (*Art 712-2 du CPP*).

Il exerce ses fonctions au sein du TGI. Il intervient à l'issu du prononcé de la peine par les juridictions de jugement lorsque la peine est définitive c'est-à-dire lorsque tous les recours possibles ont été épuisés. Son rôle est d'aménager les peines de chaque condamné, en mettant en place l'individualisation de la peine.

Le JAP fixe les principales modalités d'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté en orientant et en contrôlant les conditions de leur exécution (*Art D49-27 du CPP*).

Il est assisté du SPIP et s'autosaisit ou est saisi à la demande du condamné ou sur réquisition du Procureur de la République. (*Art R57-3 et 712-4 du CPP*)

En matière de peines privatives de liberté, le rôle du Juge de l'application des peines est d'octroyer, de refuser, de suspendre ou de révoquer des aménagements de peines.

Les modalités de l'exécution des peines privatives de liberté peuvent se faire de différentes façons (*cf. chapitre 8.3*) :

- La libération sous contrainte.
- Le fractionnement de peine.
- La suspension de peine.
- La période de sûreté.
- Les réductions de peines.
- Le placement à l'extérieur.
- La semi-liberté.
- Les permissions de sortir.
- Les autorisations de sortir sous escorte.
- Le placement sous surveillance électronique.

Par ailleurs il faut rappeler que, hormis la détention, d'autres procédures d'exécution peuvent être mises en place. Ces procédures sont traitées à part conformément à la rédaction du CPP (*cf. chapitre 8.5*) :

- La contrainte pénale.
- La libération conditionnelle
- Le Travail d'intérêt général.
- Le sursis et l'ajournement.
- La contrainte judiciaire.
- L'interdiction de séjour.
- Le suivi socio-judiciaire.
- Le placement sous surveillance électronique mobile à titre de mesure de sûreté.

Le JAP prend sa décision selon quatre procédures différentes :

- Après avoir entendu la Commission de l'application des peines, on parle d'**ordonnance**.
- A l'issue d'un débat contradictoire, on parle de **jugement**.
- Par homologation de la proposition du directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, sans débat contradictoire, on parle d'**ordonnance**.
- Par simple ordonnance motivée après avis du condamné s'il s'agit de modifier ou de refuser une mesure d'aménagement.

Le débat contradictoire permet au JAP saisi d'entendre les réquisitions du Ministère public, les observations du condamné ou de son avocat, afin de prendre sa décision en matière d'aménagement de peines.

Le JAP possède aussi d'autres rôles :

- Un rôle de proposition et de saisine du TAP ou de la juridiction de jugement.
- Un rôle de surveillance et de contrôle de l'établissement pénitentiaire, en faisant parti de la commission de surveillance. Pour ce faire, il doit visiter au moins une fois par an chaque établissement pénitentiaire situé dans son ressort territorial de compétence (*Art 10 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009* ^[78]).

- Un rôle de destinataire de certaines informations : les incidents touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité concernant les condamnés, le prononcé des sanctions disciplinaires, les placements ou prolongation d'isolement des condamnés. Il donne son avis sur le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Au final, le JAP doit adresser au Ministre de la Justice un rapport sur l'application des peines de son ressort.

8.4.2.1.2 Le Tribunal de l'application des peines

Les TAP ont été créés en 2005 par la circulaire du 11 avril 2005 ^[96], relative aux dispositions résultant de la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 sur l'exécution et l'application des peines. Le siège du TAP est celui du TGI du siège de la Cour d'Appel (*Art D49-3 du CPP*).

Il a une compétence territoriale, qu'il partage ou non avec le JAP. Il est la juridiction collégiale de l'application des peines puisqu'il est composé d'un Président et de deux assesseurs désignés par le Président parmi les JAP (*Art 712-3 du CPP*).

Il peut être saisi soit à la demande du condamné, soit sur réquisition du Procureur de la République, soit à la demande du JAP (*Art 712-7 du CPP*).

Le TAP est compétent pour accorder, ajourner, refuser, retirer ou révoquer une mesure :

- De relèvement de la période de sûreté.
- De libération conditionnelle (lorsque la peine prononcée est supérieure à dix ans et que la durée de détention restant à faire est supérieure à trois ans).
- De suspension de peine notamment médicale.

Il peut aussi statuer sur la réduction de peine exceptionnelle qui concerne le condamné dont les déclarations faites à l'autorité administrative ou judiciaire avant ou après sa condamnation, ont permis de faire cesser (ou d'éviter) une infraction (*Art 721-3 du CPP*).

Le TAP rend ses décisions (appelé jugement), après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, à l'issue d'un débat contradictoire tenu en chambre du conseil ou dans les établissements pénitentiaires, où sont présents le Ministère public, le condamné et son avocat.

8.4.2.2 Les juridictions de l'application des peines du second degré

Les décisions du JAP et du TAP peuvent être contestées par la voie de l'appel. L'appel est soit porté devant la chambre de l'application des peines de la Cour d'Appel soit devant le Président de cette chambre (*Art 712-1 du CPP*).

LA CHAMBRE DE L'APPLICATION DES PEINES DE LA COUR D'APPEL

Cette chambre a été créée en 2005 par la circulaire du 11 avril 2005 ^[96], relative aux dispositions résultant de la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 sur l'exécution et l'application des peines. La chambre de l'application des peines de la Cour d'Appel a une formation spécifique en tant que juridiction d'appel compétente en matière d'application des peines. Elle est composée d'un Président de chambre et de deux conseillers. Dans certaines conditions, la chambre de l'application des peines est élargie à un responsable d'une association de réinsertion des condamnés ou un responsable d'une association d'aide aux victimes.

La chambre de l'application des peines peut être saisie par :

- Le condamné directement, par lettre recommandée avec accusé de réception (*Art D49-33 du CPP*).
- Le Parquet (le Ministère public).

L'appel doit être formé (*Art 712-11 du CPP*) :

- Dans un délai de vingt-quatre heures s'agissant des ordonnances mentionnées aux articles 712-5, 712-8, 713-43 et 713-44, au premier alinéa de l'article 713-47 et à l'article 720 du CPP.
- Dans un délai de dix jours s'agissant des jugements mentionnés aux articles 712-6, 712-7 et 713-45 et au deuxième alinéa de l'article 713-47 du CPP.

Les décisions du JAP et du TAP sont exécutoires par provision⁹. Toutefois, lorsque l'appel du Ministère public est formé dans les vingt-quatre heures de la notification, il suspend

⁹ Exécutoire par provision : possibilité laissée au Juge, d'autoriser les parties à faire exécuter immédiatement le jugement ou l'arrêt, autrement dit sans attendre que soit écoulé le délai prévu pour faire opposition ou interjeter l'appel et même si un recours en opposition a été formé ou un recours en appel interjeté.

l'exécution de la décision jusqu'à ce que la chambre de l'application des peines de la Cour d'appel ou son Président ait statué. L'affaire doit être examinée au plus tard dans les deux mois suivant l'appel du Parquet, faute de quoi celui-ci est non avenu (*Art 712-14 du CPP*).

Elle statue par des arrêts, à la suite d'un débat contradictoire tenu en chambre du conseil où sont présents le Procureur général et l'avocat du condamné mais sans la présence de celui-ci. Cet arrêt est exécutoire par provision (*Art D49-42 et D49-44 du CPP*).

Les décisions prises par la chambre de l'application des peines sont susceptibles de pourvoi en cassation dans les cinq jours de leur notification (*Art 712-15 du CPP*).

8.4.2.3 Le pourvoi en cassation

Il est formé devant la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire : la Cour de Cassation. Il représente la voie de recours ultime. La Cour de Cassation siège à Paris et est compétente sur l'ensemble du territoire français. Elle vérifie que les règles de droit ont bien été respectées par les autres juridictions judiciaires.

Le pourvoi en cassation peut être demandé par la personne qui fait l'objet de la décision de justice ou par le Ministère Public.

Si la Cour estime que le pourvoi est mal fondé, elle rend un arrêt de rejet. Si elle estime que le pourvoi est fondé, elle annule la décision prononcée et renvoie l'affaire devant une autre juridiction, de même ordre, degré et nature, pour rejurer l'affaire sur le fond.

L'objet d'un pourvoi en cassation n'est pas suspensif c'est-à-dire que la décision rendu par les juridictions inférieures reste exécutoire (*Art 712-15 du CPP*).

8.4.3 La Commission de l'application des peines

La Commission de l'application des peines a une mission consultative et est une instance commune à tous les établissements pénitentiaires.

La commission de l'application des peines est composée (*Art 712-5, D49-28 du CPP*) :

- D'un président : le JAP.
- De membres de droit, le Procureur de la République et le chef de l'établissement pénitentiaire.

- Du personnel du service d'insertion et de probation.
- Des membres du personnel de direction.
- D'un membre du corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance.

En l'absence d'un des membres de droit, la Commission de l'application des peines n'est pas valablement réunie (*Art D49-28 du CPP*).

Elle donne son avis pour (sauf en cas d'urgence) (*Art 712-5 du CPP*) :

- Les réductions de peine.
- Les autorisations de sortie sous escortes.
- Les permissions de sortir.

Certaines décisions doivent être portées à la connaissance de la Commission de l'application des peines par le chef de l'établissement pénitentiaire :

- Toute suppression de visite sans dispositif de séparation pour un condamné (*Art R57-8-12 du CPP*).
- La retenue des courriers des condamnés (*Art R57-8-19*).
- Toute sanction de cellule (confinement ou cellule disciplinaire) de plus de quinze jours ou toute sanction de cellule concernant les mineurs.

Elle reçoit le rapport trimestriel du chef de l'établissement pénitentiaire sur le nombre et l'identité des personnes détenues placées à l'isolement et sa durée (*Art R57-7-78 du CPP*).

8.5 LES AUTRES PROCEDURES D'EXECUTION

8.5.1 La libération conditionnelle

La libération conditionnelle est une mesure d'aménagement de peine permettant au condamné de sortir plus tôt de l'établissement pénitentiaire sous condition de respecter, pendant un délai d'épreuve un certain nombre d'obligations. Ce délai d'épreuve terminé et en l'absence d'incident, le condamné est considéré avoir exécuté l'intégralité de sa peine.

Le suivi est assuré par le SPIP qui veille au respect des obligations et accompagne le condamné dans sa réinsertion. Elle a pour objectif de favoriser la réinsertion et la

prévention des récidives (*Art 729 du CPP*). Comme toute mesure d'aménagement de peine, la libération conditionnelle est assortie de mesures de contrôle fixées par le JAP (*Art 731 du CPP*).

A côté de ces mesures de contrôle, il existe des mesures qualifiées de mesures d'aide qui ont pour objet de susciter et de seconder les efforts du condamné en vue de sa réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Elles sont mises en œuvre par le SPIP. (*Art D532 du CPP*)

Le but de ces mesures est de faciliter et de vérifier la réinsertion du condamné, tout en prévenant la récidive (*Art D530 du CPP*).

Tout détenu condamné à une peine privative de liberté peut bénéficier d'une libération conditionnelle s'il manifeste des efforts sérieux de réadaptation sociale (*Art 729 du CPP*).

Son accord est toujours recherché (*Art D523-1 CPP*) (sauf s'il s'agit d'un étranger condamné à une peine assortie d'une mesure d'éloignement). En effet, celui-ci peut refuser la mesure si les conditions qu'elle comporte ne lui conviennent pas (*Art D531 du CPP*).

Pour ce faire, le condamné doit justifier (*Art 729 du CPP*) :

- De l'exercice d'une activité professionnelle (stage ou emploi temporaire), d'une formation professionnelle ou d'un enseignement.
- De la participation à la vie de sa famille.
- De la nécessité de suivre un traitement médical.
- D'efforts en vue d'indemniser les victimes.
- D'une implication dans un projet d'insertion ou de réinsertion.

La libération conditionnelle peut être prononcée :

- Si la personne ne fait pas l'objet d'une période de sûreté.
- Sous réserve des périodes de sûreté, lorsque la durée de la peine accomplie par le condamné est au moins égale à la durée de la peine lui restant à subir
- À partir de 70 ans, dès lors que l'insertion ou la réinsertion du condamné est assurée, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou si la libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public (*Art 729 du CPP*).

- A l'étranger condamné à une peine privative de liberté assortie d'une mesure d'interdiction du territoire français, d'obligation de quitter le territoire français, d'interdiction de retour sur le territoire français, de reconduite à la frontière, d'expulsion, d'extradition ou de remise sur le fondement d'un mandat d'arrêt européen, à la condition que cette mesure soit exécutée. Dans ce cas la libération conditionnelle peut être accordée sans le consentement du condamné (*Art 729-2 du CPP*).

La libération conditionnelle ne peut être accordée à la personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, si celle-ci refuse pendant l'incarcération de prendre un traitement, ne prend pas de façon régulière son traitement ou si elle ne s'engage pas à le suivre après sa libération (*Art 729 du CPP*).

La libération conditionnelle peut être suspendue pour des raisons médicales ou en cas d'hospitalisation du condamné. Le JAP peut, par ordonnance, suspendre l'exécution des obligations de la libération conditionnelle. Cette suspension est valable pour une durée maximale de trois mois. Elle peut être renouvelée si l'état de santé du condamné le justifie. Les obligations auxquelles était astreint le condamné redeviennent effectives dès que JAP constate, par ordonnance, que l'état de santé de ce dernier ne justifie plus la suspension (*Art D534-2 du CPP*).

La décision de mesure de liberté conditionnelle peut être révoquée par le JAP ou le TAP, en cas de nouvelle condamnation, d'inconduite notoire, d'infraction aux conditions ou d'inobservation des mesures (par exemple le refus de traitement dans le cadre d'une injonction de soins) énoncées lors de la décision, ou si le condamné ne remplit plus les conditions légales pour bénéficier de cette mesure. Dans ce cas, le condamné doit effectuer la durée de la peine qui lui restait à subir lors de la mise en liberté conditionnelle.

En cas de nouvelle condamnation, la durée de la peine s'ajoute à celle qui restait (*Art 733 du CPP*).

Si l'étranger est condamné à une peine complémentaire d'interdiction du territoire français, le JAP (ou le TAP) peut accorder la libération conditionnelle et suspendre la mesure d'éloignement pendant la durée des mesures d'assistance et de contrôle. Si à la fin de cette période la décision de mise en liberté conditionnelle n'est pas révoquée, la mesure d'éloignement est relevée, sinon elle redevient exécutoire (*Art 729-2 du CPP*).

La durée de la mesure de la liberté conditionnelle est au moins égale à la durée de la peine restant à subir. Cette durée peut être prolongée d'un an mais elle doit rester inférieure ou égale à dix ans.

LES JURIDICTIONS COMPETENTES :

La libération conditionnelle peut être prononcée soit par le JAP soit par le TAP (*Art 730 et 730-2 du CPP*).

Le Juge de l'application des peines

Le JAP est compétent quand la peine prononcée est inférieure ou égale à dix ans ou que le reliquat de peine à subir est égal ou inférieur à trois ans (*Art 730 du CPP*).

Le JAP rend son jugement après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, à l'issue d'un débat contradictoire tenu en chambre du conseil, au cours duquel il entend les réquisitions du Ministère public et les observations du condamné et de son avocat (*Art 712-6 du CPP*).

Il doit examiner les demandes de libération conditionnelle dans les quatre mois, à partir du dépôt de la demande (*Art D524 du CPP*).

Il doit, au moins une fois par an, examiner la situation des condamnés prétendant à la libération conditionnelle pour que ces derniers puissent être éventuellement admis au bénéfice de la mesure dès qu'ils remplissent les conditions nécessaires.

Si les dossiers relèvent de la compétence du TAP, le JAP doit le saisir. L'examen de la situation porte essentiellement sur les efforts de réadaptation sociale du condamné en fonction de sa situation personnelle, familiale ou sociale.

Les éléments d'informations complémentaires sont recueillis par l'intermédiaire du SPIP du lieu où le condamné souhaite établir sa résidence (*Art D523 du CPP*).

Lorsque le JAP a pris sa décision, il vise un procès-verbal précisant les garanties de représentation et de resocialisation du condamné. Il mentionne l'ensemble des mesures et conditions imposées au condamné, qu'il s'agisse des mesures et conditions obligatoires ou des conditions particulières (*Art D 528 du CPP*).

Le Tribunal de l'application des peines

Le TAP est compétent dans tous les cas n'étant pas de la compétence du JAP. C'est-à-dire quand la peine prononcée est supérieure à dix ans ou que le reliquat de peine à subir est supérieure à trois ans. La libération conditionnelle ne peut être accordée que par TAP et après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté pour ces infractions :

victime mineure, assassinat, meurtre, torture, actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration.

Le TAP doit examiner le dossier dans les six mois à partir du dépôt (*Art D524 du CPP*).

Il peut faire procéder à des mesures d'instructions complémentaires. Il doit aussi demander l'avis du Procureur de la République du TGI dans le ressort duquel le condamné souhaite établir sa résidence (*Art D527 du CPP*).

La chambre de l'application des peines de la Cour d'Appel

Elle peut être directement saisie par le condamné, par lettre recommandée avec accusé de réception pour les appels des décisions du JAP ou du TAP (*Art D524 du CPP*).

La chambre de l'application des peines peut faire procéder à des mesures d'instruction complémentaires. Elle doit aussi demander l'avis du Procureur de la République du TGI dans le ressort duquel le condamné souhaite établir sa résidence (*Art D527 du CP*).

La commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté

Cette commission est saisie en cas de placement sous surveillance électronique mobile, lorsqu'il envisage d'accorder la libération conditionnelle pour les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, et dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de rétention de sûreté. Le Président de la commission saisie par le JAP ou le TAP ordonne

le placement de la personne dans le centre national d'évaluation aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale. Celle-ci est ordonnée par le JAP ou par le Président de la commission.

La durée du placement au centre national d'évaluation est déterminée par l'administration pénitentiaire, au regard des informations relatives à la situation du condamné transmises par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté préalablement au placement.

L'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité est transmise à la commission. L'avis de la commission donné, au vu de cette évaluation et de l'expertise réalisée, est valable pour une durée de deux ans. Il doit être rendu au plus tard dans un délai de six mois à compter de la saisine de la commission. A défaut, le TAP peut passer outre cet avis (*Art D527-1 du CPP*).

L'avis de la commission disciplinaire doit aussi être demandé avant un éventuel placement sous semi-liberté ou sous surveillance électronique probatoire à la libération conditionnelle (*Art D527-2 du CPP*).

8.5.2 Les contraintes pénales

(*Art 131-4-1 du CP et 713-42 à 713-48, D49-82 à D49-92 du CPP*)

Le 17 juillet 2014, les contraintes pénales ont été adoptées par le Parlement. La contrainte pénale soumet le condamné à un ensemble d'obligations et d'interdictions et à un accompagnement soutenu pendant une durée qui peut aller jusqu'à cinq ans. Elle est immédiatement mise en œuvre dès le prononcé de la peine.

La juridiction peut prononcer la peine de contrainte pénale quand les faits ainsi que la personnalité, la situation matérielle, familiale et sociale de l'auteur d'un délit puni d'une peine d'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à cinq ans justifient un accompagnement socio-éducatif individualisé et soutenu.

La contrainte pénale entraîne pour le condamné l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du JAP, pendant une durée comprise entre six mois et cinq ans, à des mesures de contrôle et d'assistance ainsi qu'à des obligations et interdictions particulières destinées à prévenir la récidive en favorisant son insertion ou sa réinsertion au sein de la société.

Dès le prononcé de la condamnation, la personne condamnée est astreinte, pour toute la durée d'exécution de sa peine, à des mesures de contrôle (*Art 132-44 du CP*).

Ces mesures sont :

- Répondre aux convocations du JAP ou du travailleur social désigné.
- Recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations.

- Prévenir le travailleur social de ses changements d'emploi, de résidence ou de tout déplacement dont la durée excéderait quinze jours et rendre compte de son retour.
- Obtenir l'autorisation préalable du JAP pour tout changement d'emploi ou de résidence, lorsque ce changement est de nature à mettre obstacle à l'exécution de ses obligations.
- Informer préalablement le JAP de tout déplacement à l'étranger.

Le condamné peut être astreint à certaines obligations et interdictions particulières :

- Les obligations et interdictions prévues à l'article 132-45 du CP telles que réparer le préjudice causé à la victime, suivre un enseignement ou une formation professionnelle, se soumettre à des mesures de soins, réparer les dommages causés par l'infraction, accomplir un stage de citoyenneté, ou l'interdiction de conduire un véhicule, d'exercer une activité impliquant un contact habituel avec les mineurs, de paraître en certains lieux, d'entrer en relation avec certaines personnes ou encore de détenir ou porter une arme.
- L'obligation d'effectuer un travail d'intérêt général (*Art 131-8 du CP*).
- L'injonction de soins (*Art L. 3711-1 à L. 3711-5 du CSP*), si la personne a été condamnée pour un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu qu'elle était susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Le condamné peut aussi bénéficier des mesures d'aide sociale ou matérielle (*Art 132-46 du CP*).

La juridiction fixe la durée maximale de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations et interdictions auxquelles il est astreint.

Au cours de l'exécution de la contrainte pénale, les obligations et interdictions et les mesures d'aide peuvent être modifiées, supprimées ou complétées par le JAP au regard de l'évolution du condamné. Cette évolution (situation matérielle, familiale, et sociale) est évaluée à chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an par le SPIP et le JAP (*Art 713-44 du CPP*).

C'est le SPIP qui évalue la personnalité et la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée à la contrainte pénale.

A l'issue de cette évaluation, le service adresse au JAP un rapport comportant des propositions relatives au contenu et aux modalités de mise en œuvre des mesures de contrôle et d'assistance, des obligations et des interdictions (*Art 713-42 du CPP*).

Si le condamné satisfait aux mesures imposées pendant au moins un an, et que son reclassement paraît acquis et qu'aucun suivi ne paraît plus nécessaire, le JAP peut, par ordonnance, décider de mettre fin de façon anticipée à la peine de contrainte pénale

(*Art 713-45 du CPP*). En cas d'inobservation des mesures, le JAP peut, d'office ou sur réquisitions du Procureur de la République, modifier ou compléter les obligations ou interdictions auxquelles le condamné est astreint. Il peut également procéder à un rappel des mesures, obligations et interdictions à la personne condamnée. Si ce rappel ne suffit pas à assurer l'effectivité de la peine, le JAP peut saisir, d'office ou sur réquisitions du Procureur de la République, par requête motivée, le Président du TGI afin que soit mis à exécution contre le condamné tout ou une partie de l'emprisonnement fixé par la juridiction (*Art 713-47 du CPP*).

L'application de ces contraintes pénales pourrait permettre de réduire la récidive et d'améliorer la réinsertion en effectuant cette peine en « milieu ouvert ».

8.5.3 Le travail d'intérêt général

Il s'agit d'un travail non rémunéré effectué par un condamné. Il doit être réalisé dans une période maximale de dix-huit mois suivant le caractère exécutoire de la condamnation. Le prononcé du travail d'intérêt général nécessite le consentement du condamné ^[33].

La peine de travail d'intérêt général implique pour son exécution la mobilisation des acteurs judiciaires (magistrats, personnels des SPIP...) mais aussi des partenaires locaux (associations, collectivités publiques ou établissement publics) ^[108].

Le JAP peut à la demande de l'intéressé ou sur réquisition du Procureur de la République, ordonner par décision motivée, de substituer au travail d'intérêt général une peine de jours-amende (*Art 733-1 du CPP*).

En cas d'inexécution d'un travail d'intérêt général, le JAP peut, d'office ou sur réquisitions du Procureur de la République, ordonner par décision motivée la mise à exécution de l'emprisonnement et de l'amende prononcés par la juridiction de jugement (*Art 733-2 du CPP*).

8.5.4 Le sursis et l'ajournement

LE SURSIS SIMPLE

La juridiction qui prononce une peine peut ordonner que celle-ci soit exécutée avec un sursis (Art 132-29 du CP).

En cas de condamnation pour crime ou délit assortie du sursis, le condamné doit, dans un délai de cinq ans, ne pas être nouvellement condamné pour que sa condamnation avec sursis soit réputée non avenue (Art 132-35 du CP).

Si la juridiction prononce une nouvelle condamnation à une peine de réclusion ou à une peine d'emprisonnement à une personne ayant déjà été condamnée avec sursis, elle peut révoquer totalement ou partiellement le sursis antérieurement accordé (Art 132-36 du CP).

Dans ce cas, la première peine doit être exécutée sans qu'elle puisse se confondre avec la deuxième peine (Art 132-38 du CP).

Ce sursis est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de cinq ans ou plus, à l'amende ou à la peine de jours-amende, aux peines privatives ou restrictives ou aux peines complémentaires (Art 132-31 du CP).

LE SURSIS AVEC MISE A L'EPREUVE

Le sursis avec mise à l'épreuve est un sursis où le condamné doit respecter des obligations ou des mesures de contrôle (Art 132-40 et 132-43 du CP).

Le condamné est alors placé sous le contrôle du JAP (Art 739 du CPP).

Le sursis avec mise à l'épreuve est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de cinq ans au plus. Lorsque la personne est en état de récidive légale, il est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de dix ans au plus (Art 132-41 du CP).

La durée de la mise à l'épreuve ne peut être inférieure à douze mois ni supérieure à trois ans, ou à cinq ans en cas de récidive légale (Art 132-42 du CP).

La condamnation est déclarée non avenue par le JAP lorsque le condamné satisfait aux mesures de contrôle, d'aide ou aux obligations imposées (Art 744 du CPP).

Si au cours du délai de la mise à l'épreuve le condamné est nouvellement condamné à une peine privative de liberté, la juridiction après avis du JAP, peut ordonner la révocation du sursis antérieurement accordé (*Art 132-47 et 132-48 du CP*).

L'AJOURNEMENT SIMPLE

La juridiction peut ajourner le prononcé d'une peine dans les cas où le reclassement du coupable est en voie d'être acquis, que le dommage causé est en voie d'être réparé ou que le trouble résultant de l'infraction va cesser. Elle fixe donc une date à laquelle il sera statué sur la peine, dans un délai d'un an (*Art 132-60 et 132-62 du CP*).

Lors de l'ajournement du prononcé d'une peine, le condamné est placé sous le contrôle du JAP (*Art 747-3 du CPP*).

L'AJOURNEMENT AVEC MISE A L'EPREUVE

Il s'agit ici de l'ajournement du prononcé d'une peine en plaçant l'intéressé sous le régime de la mise à l'épreuve pendant une durée qui ne peut être supérieure à un an (*Art 132-63 du CP*).

8.5.5 La contrainte judiciaire

La contrainte judiciaire consiste en un emprisonnement, en établissement pénitentiaire, dont la durée est fixée par le JAP dans la limite d'un maximum fixé par la loi en fonction du montant des amendes prononcées lors de la condamnation.

La contrainte judiciaire peut être ordonnée par le JAP en cas d'inexécution volontaire de condamnations à une peine d'amende prononcées en matière criminelle ou correctionnelle pour un délit puni d'une peine d'emprisonnement, y compris en cas d'inexécution volontaire de condamnations à des amendes fiscales ou douanières (*Art 749 et 758 du CPP*).

Le maximum de la durée de la contrainte judiciaire est fixé (*Art 750 du CPP*) :

- A vingt jours lorsque l'amende est au moins égale à 2 000 euros sans excéder 4 000 euros.
- A un mois lorsque l'amende est supérieure à 4 000 euros sans excéder 8 000 euros.

- A deux mois lorsque l'amende est supérieure à 8 000 euros sans excéder 15 000 euros.
- A trois mois lorsque l'amende est supérieure à 15 000 euros.

Cette contrainte pénale ne peut être prononcée contre les condamnés qui justifient de leur insolvabilité (*Art 752 du CPP*).

8.5.6 L'interdiction au séjour

La peine d'interdiction de séjour consiste à défendre le condamné de paraître dans certains lieux. La personne condamnée à une peine d'interdiction de séjour peut être soumise à des mesures de surveillance qui sont (*Art 762-1 du CPP*) :

- Se présenter périodiquement aux services ou autorités désignés par la décision de condamnation.
- Informer le JAP de tout déplacement au-delà de limites déterminées par la décision de condamnation.
- Répondre aux convocations de toutes les autorités ou de toute personne qualifiée désignée par la décision de condamnation.

8.5.7 Le suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire consiste pour le condamné, à se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance qui ont pour but de prévenir la récidive (*Art 131-36 du CP*).

Les mesures de surveillance et les obligations sont celles prévus par les articles 132-44 et 132-45 du CP. La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle du JAP du ressort de sa résidence habituelle et doit justifier à celui-ci de l'accomplissement des obligations qui lui sont imposées (*Art 763-1 et 763-2 du CPP*).

La durée du suivi socio-judiciaire (*Art 131-36 du CP*) ne peut excéder dix ans en cas de condamnation pour délit ou vingt ans en cas de condamnation pour crime. Toutefois, il existe des particularités :

- Cette durée peut être portée à vingt ans par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement s'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle.
- cette durée est de trente ans s'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la Cour d'Assises peut décider que le suivi socio-judiciaire s'appliquera sans limitation de durée, sous réserve de la possibilité pour le Tribunal de l'application des peines de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de trente ans.

En cas d'inobservation des obligations imposées par le condamné, le JAP peut ordonner l'emprisonnement qui ne peut excéder trois ans en cas de condamnation pour un délit et sept ans en cas de condamnation pour crime (*Art 131-36 du CP*).

8.5.8 Le placement sous surveillance électronique mobile à titre de mesure de sûreté

Le placement sous surveillance électronique mobile ne peut être ordonné que quand cette mesure apparaît indispensable pour prévenir la récidive à compter du jour où la privation de liberté prend fin. Il ne peut être ordonné qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans ou, lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit commis une nouvelle fois en état de récidive légale, d'une durée égale ou supérieure à cinq ans, et dont une expertise médicale a constaté la dangerosité (*Art 131-36-10 du CP*). Cette expertise médicale qui a pour but d'évaluer la dangerosité et de mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction est réalisée un an au moins avant la date prévue de la libération du condamné. Elle est mise en œuvre par le JAP (*Art 763-10 du CPP*).

Ce placement consiste en l'obligation du port par le condamné d'un émetteur permettant à tout moment de déterminer à distance sa localisation sur l'ensemble du territoire national. Ceci ne peut être fait qu'avec l'accord du condamné. La durée est de deux ans renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en matière criminelle. Si le condamné manque à ses obligations, l'emprisonnement prononcé peut être exécuté (*Art 131-36-12 du CP*).

ORGANISATION DES SOINS EN DETENTION

9 LA LOI DU 18 JANVIER 1994

Depuis la loi du 18 janvier 1994 ^[73], la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du Ministère de la Santé. Cette loi a fixé trois principes fondamentaux :

- L'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. Ils bénéficient donc, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.
- La mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence.
- Le versement par le Ministère de la Justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Elle confie au service public hospitalier la charge d'assurer les examens de diagnostics et de soins en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier.

Concernant les consultations et les soins ambulatoires, chaque directeur d'agence régionale d'hospitalisation (ARH) désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, un établissement hospitalier à proximité chargé de dispenser les soins aux détenus, de participer à l'accueil et au traitement des urgences, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

L'établissement hospitalier doit alors créer au sein de l'établissement pénitentiaire, à la place des anciennes « unités médicales », une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), animée par une équipe hospitalière, et lui fournir tout l'équipement pour dispenser les consultations en médecine générale et en médecine spécialisée. L'établissement hospitalier doit élaborer un programme de prévention et d'éducation à la santé, auquel il associe notamment les organismes d'assurance maladie.

L'établissement pénitentiaire doit conclure un protocole avec l'établissement de santé chargé des soins somatiques des personnes détenues.

Ce protocole définit les conditions de fonctionnement de l'UCSA ^[31].

A noter que le 21 juillet 2009, une nouvelle loi portant sur les réformes de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé les Agences Régionales de Santé (ARS), regroupant les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et ARH.

10 LES MODIFICATIONS DE LA LOI DU 18 JANVIER 1994

Le guide méthodologique ^[31] relatif à la prise en charge sanitaire des détenus paru en 2012 modifie quelque peu l'organisation du système de santé. Il était courant que les soins somatiques soient délivrés uniquement par les UCSA et que les soins psychiatriques le soient par le SMPR. Désormais, l'organisation du système de santé est divisée en 3 niveaux de soins différents :

- Le niveau 1 : il s'agit des consultations et des actes externes somatiques et psychiatriques.
- Le niveau 2 : il s'agit des hospitalisations à temps partiel (hôpital de jour).
- Le niveau 3 : il s'agit des hospitalisations complètes.

Au 1^{er} janvier 2015, il existait 175 unités sanitaires implantées dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi-liberté), 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), 26 services médico psychologiques régionaux (SMPR) et 7 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

10.1 LES UNITES SANITAIRES DE NIVEAU 1

Elles regroupent sur chaque site deux dispositifs de soins somatiques et psychiatriques. Leur mission est d'assurer les soins relevant de consultations et d'actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

Les missions du dispositif de soins somatiques (DSS)

Le DSS assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prescription de prothèses ...).

Les missions du dispositif de soins psychiatriques (DSP)

Le DSP assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques. Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée.

Les missions communes aux deux dispositifs DSS/DSP

Il s'agit des actions d'éducation et de prévention pour la santé, de la mise en place de la continuité des soins à la sortie et au respect des conditions d'hygiène et de la sécurité sanitaires des établissements pénitentiaires.

- La prévention et l'éducation pour la santé

La prévention, incluant l'éducation pour la santé et la réduction des risques, fait partie intégrante des missions de l'établissement de santé signataire du protocole, qu'il s'agisse de prévention primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations ...), secondaire (dépistages) ou tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient). L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage. De plus, il est chargé d'élaborer, dans le cadre de comité de pilotage éducation/prévention de la santé, en liaison avec le SPIP, la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.

- La continuité des soins à la sortie

La prise en charge des personnes détenues doit intégrer la continuité des soins à l'issue de leur période d'incarcération, faciliter leur retour vers les systèmes de droit commun et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé.

- Mission relative aux conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires

Les unités sanitaires de niveau 1 ne disposant pas de SMPR doivent faire assurer les dispositifs de soins psychiatriques par les UCSA.

Au sein de l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé de dispenser les soins, relevant de la médecine générale, des soins dentaires, de consultations spécialisées, ou de soins psychiatriques, aux détenus ne nécessitant pas de prise en charge en milieu hospitalier et d'organiser la réponse médicale en cas d'urgence.

L'unité sanitaire est placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier lui-même sous l'autorité du chef de service responsable de l'unité hospitalière à laquelle est rattachée cette unité sanitaire.

Les consultations sont à la demande du détenu, du personnel pénitentiaire ou de toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu (*Art R57-8-1 du CPP*).

Les médecins sont chargés d'un certain nombre d'actes spécifiques à l'exercice en milieu carcéral :

- Réaliser un examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté.
- Réaliser les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire ou confinés dans une cellule ordinaire, chaque fois qu'ils l'estiment nécessaire et au minimum deux fois par semaine.
- Réaliser les visites aux détenus placés à l'isolement, chaque fois qu'ils l'estiment nécessaire et au moins deux fois par semaine.
- Réaliser l'examen des détenus sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail pour raison médicale.
- Réaliser l'examen médical des détenus sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive.
- Réaliser l'examen des détenus sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation ou une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention.
- Assurer le suivi médical des détenus.
- Assurer la continuité des soins des détenus en veillant à la transmission des informations utiles lors de transfert vers un autre établissement pénitentiaire (*Art R57-8-2 du CPP*).
- Assurer la prévention, l'éducation pour la santé et la réduction des risques au sein de l'établissement pénitentiaire.

L'équipe médicale hospitalière de l'unité de soins peut inclure selon les besoins des médecins généralistes, des médecins spécialistes (notamment des psychiatres) et des chirurgiens-dentistes. Les personnels affectés à ces unités sanitaires le sont sur la base du volontariat.

Il faut noter que certaines consultations du niveau 1 peuvent avoir lieu au sein de l'établissement de santé dont dépend l'établissement pénitentiaire. Dans ce cas, c'est à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction du détenu dans des conditions optimales de sécurité. Si l'état de santé du détenu nécessite une prise en charge hospitalière, il appartient à l'établissement de santé d'organiser l'accueil hospitalier.

10.2 LES UNITES SANITAIRES DE NIVEAU 2

Les unités sanitaires de niveau 2 doivent permettre la prise en charge en hôpital de jour. Cette prise en charge peut être effectuée en secteur hospitalier pour les soins somatiques (chirurgie ambulatoire, séances de chimiothérapie ou de dialyse ...) ou en milieu pénitentiaire, au sein même de l'unité sanitaire, pour les soins psychiatriques.

Concernant les soins psychiatriques, il est convenu que chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2 au sein du SMPR, permettant l'hospitalisation de jour en psychiatrie. Cette hospitalisation se fait au sein de cellules d'hébergement situées à proximité de l'unité sanitaire. La décision d'hospitalisation de jour en psychiatrie est prononcée par le directeur de l'établissement de santé sur proposition du médecin. Et la décision d'affectation en cellule d'hébergement est prise par le directeur de l'établissement pénitentiaire sur demande du médecin. La surveillance du détenu hospitalisé en cellule d'hébergement est assurée par le personnel de surveillance pénitentiaire.

10.3 LES UNITES SANITAIRES DE NIVEAU 3 : HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

Les unités sanitaires de niveau 3 permettent l'hospitalisation à temps complet des détenus, au sein de structures prévues à cet effet. Les hospitalisations des détenus répondent à un schéma national d'hospitalisation (SNH).

Il appartient à l'établissement de santé d'organiser l'accueil du détenu dans les structures hospitalières mais il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction de cette personne dans les meilleures conditions. Il faut ici, bien différencier les hospitalisations complètes pour soins somatiques de celles pour soins psychiatriques.

Pour les soins somatiques, les hospitalisations complètes se font au sein des chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement et au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Pour les soins psychiatriques, les hospitalisations complètes se font au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D 398 du CPP et au sein des unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient.

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Ceci implique que le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire reste valable durant l'hospitalisation, notamment en ce qui concerne les visites (*Art D395 du CPP*). Les détenus admis à l'hôpital ont les mêmes droits que s'ils étaient en milieu libre. Ils ont donc le droit, entre autre, à l'information sur leur santé et à la confidentialité (*Art L1112-1 du CSP*).

LES HOSPITALISATIONS POUR PATHOLOGIES SOMATIQUES ^[31] (*Art L6112-1 et R6112-14 du CSP, art D391 du CPP*)

- **L'hospitalisation en chambre sécurisée : hospitalisation urgente ou programmée de très courte durée (moins de quarante-huit heures)**

Les chambres sécurisées¹⁰ font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation. Elles sont installées dans l'établissement de santé signataire du protocole, situé à proximité de l'établissement pénitentiaire désigné par le Directeur Régional de Santé. Les détenus ne peuvent être hospitalisés, même à leurs frais, dans un établissement privé, à moins d'une décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent.

¹⁰ Circulaire interministérielle du 13 mars 2006 n° DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées.

A noter, la décision d'hospitalisation du patient détenu est du ressort du médecin du service d'accueil. La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle est intégrée la chambre sécurisée.

- l'hospitalisation urgente :

Lorsque l'hospitalisation consécutive à une admission en urgence est amenée à se prolonger, un transfert vers l'UHSI doit être envisagé. Les conditions de ce transfert sont subordonnées à l'accord du médecin responsable de l'UHSI, à un état de santé du patient compatible avec le transport et à la disponibilité de places à l'UHSI.

- l'hospitalisation de très courte durée :

L'hospitalisation programmée de très courte durée est inférieure ou égale à quarante-huit heures. Toutefois, dans certains cas devant rester exceptionnels, si le temps d'accès entre l'établissement de santé et l'UHSI est très important et que la durée d'hospitalisation restante estimée est courte, celle-ci peut se prolonger au-delà de quarante-huit heures.

- **L'hospitalisation dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)**

Ces unités ont été créées par l'arrêté interministériel du 24 août 2000 ^[89], relatif à la création des UHSI destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Il en existe sept implantées dans les centres hospitaliers régionaux. La huitième est constituée par l'Établissement public de santé national de Fresnes.

Il faut noter que depuis 1898, l'Établissement public de santé national de Fresnes est habilité à recevoir en hospitalisation (hors urgences et hors psychiatrie) les détenus.

Ces unités d'hospitalisation sont sécurisées par l'administration pénitentiaire. Les UHSI sont implantées au sein des centres hospitaliers universitaires et bénéficient de leur plateau technique. L'administration pénitentiaire assure la garde des détenus au sein des unités et les forces de l'ordre assurent la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de l'accès de celle-ci ^[89].

LES HOSPITALISATIONS POUR LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES^[31] (Art D 398 du CPP et Articles L 3214-3 et L3214-1 du CSP)

Les hospitalisations à temps complet (avec et sans consentement) représentent aussi un troisième niveau de soins intégrant les hospitalisations au sein des UHSA, les hospitalisations régies par l'article D 398 du CPP et les hospitalisations au sein des UMD.

- **Les UHSA**

L'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue. Une convention spécifique à chaque UHSA est établie et signée par (Art R3214-3 du CSP) :

- le Directeur général de l'établissement de santé,
- le Directeur de l'établissement pénitentiaire d'écrou des personnes détenues hospitalisées à l'UHSA,
- le Directeur de l'Agence Régionale de Santé,
- le Directeur interrégional des services pénitentiaires du ressort,
- le Préfet du département dans lequel est située l'UHSA.

Cette convention précise les modalités d'hospitalisation des personnes détenues dans l'UHSA et les moyens en personnels pénitentiaires nécessaires à la garde, l'escorte et le transport des détenus. Elle précise les moyens en personnels hospitaliers nécessaires au fonctionnement de l'unité. L'UHSA est implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Celle-ci assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties. Elle n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande de prêt de main-forte du personnel soignant.

Les hospitalisations pour pathologies psychiatriques peuvent être de deux types :

- **l'hospitalisation libre, avec le consentement**^[107] :

L'hospitalisation en milieu psychiatrique avec le consentement du détenu se fait uniquement au sein d'une UHSA. C'est le médecin de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire qui fait la demande d'hospitalisation avec consentement, au médecin de l'UHSA. Le médecin de l'UHSA doit informer le responsable pénitentiaire de l'UHSA des prévisions de sortie au moins quarante-huit heures à l'avance afin de permettre le retour du détenu sans délai vers l'établissement pénitentiaire.

- *l'hospitalisation sans le consentement* (Art L3214-1, L 3214-3 du CSP) :

Les hospitalisations sans consentement sont régies par la loi du 5 juillet 2011^[79]. Elles peuvent se dérouler soit dans les UHSA quand il en existe sur le ressort territorial, soit dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie exerçant la mission de service public (Art L6112-1-11° du CSP).

Seules les hospitalisations complètes à la demande du représentant de l'État sont possibles. Il n'existe donc pas d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou de programme de soins. Lorsque, du fait de troubles mentaux, le consentement ne peut être recueilli et que l'état de santé du détenu constitue un danger pour lui ou pour autrui et qu'il nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le Préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département de l'établissement pénitentiaire du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié (rédigé par un médecin de l'établissement pénitentiaire) son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète. Les modalités de l'hospitalisation sont fixées par le médecin de l'unité sanitaire et de l'UHSA avant que l'arrêté préfectoral ne soit prononcé. Plusieurs certificats médicaux sont nécessaires à la procédure d'hospitalisation sans consentement :

- le certificat médical initial, rédigé par le médecin de l'unité sanitaire,
- le certificat médical des vingt-quatre heures, rédigé le jour de l'admission à l'UHSA par un médecin psychiatre de l'unité d'accueil,
- le certificat médical des soixante-douze heures, rédigé par un autre psychiatre que celui qui a établi le certificat des vingt-quatre heures,
- le certificat de huitaine, rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dont un double est adressé au Préfet qui saisit le JLD,
- le certificat médical mensuel rédigé par un psychiatre de la structure d'accueil.

Un contrôle de la mesure d'hospitalisation est effectué par le JLD au quinzième jour et au sixième mois. Le JLD reçoit en audience le patient détenu et son avocat s'il le désire. A la suite des audiences, le JLD se prononce sur le maintien ou non de l'hospitalisation complète. Les audiences peuvent avoir lieu au TGI ou au sein de l'établissement de santé^[111].

La sortie du patient peut se faire par arrêté préfectoral de levée d'hospitalisation sans consentement, sur avis du psychiatre de l'UHSA. Celui-ci doit prévenir au moins quarante-

huit heures à l'avance le responsable pénitentiaire de l'UHSA afin de permettre le retour sans délai du détenu vers l'établissement pénitentiaire.

Les détenus hospitalisés sans consentement ont eux aussi des droits (*Art L3211-3 L3211-5 du CSP*) :

« Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen ... ». Ils disposent du droit :

- d'être informé dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.
- de communiquer avec les autorités amenées à visiter l'établissement de santé dans le cadre des hospitalisations sous contrainte (le Préfet, le Procureur, le Juge du Tribunal d'Instance ...).
- de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (instance chargée de veiller au respect des libertés individuelles) ou de saisir le contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix.
- d'émettre ou de recevoir du courrier.
- de consulter le règlement intérieur en vigueur dans l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont écroués.
- d'exercer leur droit de vote.
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de leur choix.

- **les hospitalisations régies par l'article D 398 du CPP**

Les détenus atteints des troubles mentaux ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé (*Art L. 3214-1 du CSP*). Ces hospitalisations se déroulent sans gardes statiques ni surveillance de l'administration pénitentiaire ni des forces de l'ordre.

- **les hospitalisations au sein des UMD**

En cas d'hospitalisation d'une personne détenue qui présente pour autrui un danger, tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être assurées dans

une unité classique, le patient peut être admis dans une UMD. L'admission est prononcée par arrêté du Préfet sur la base d'un certificat médical établi par un psychiatre précisant les motifs de la demande d'hospitalisation en UMD (*Art R 22-2 du CSP*) et après accord d'un psychiatre de l'UMD. L'admission s'effectue dans l'unité la plus proche du lieu d'hospitalisation du patient, sous réserve des disponibilités.

11 LA PROTECTION SOCIALE DES DETENUS

(Art D366 du CPP, L381-30 du CSS, L381-30-1 du CSS, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice 2012)

11.1 LA PROTECTION SOCIALE DES DETENUS FRANÇAIS

11.1.1 L'ouverture des droits et des prestations

A la date de leur incarcération, les détenus sont obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale, quelle que soit :

- Leur situation au regard des prestations en nature maladie et maternité du régime d'assurance maladie dont ils relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération.
- Leur âge.
- Leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France.
- Leur situation pénale et administrative en détention (prévenu ou condamné, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire, une formation professionnelle, ou condamné bénéficiant d'une permission de sortir).

Le chef de l'établissement pénitentiaire doit transmettre à la caisse d'assurance maladie une fiche de renseignement concernant les détenus dans les cinq jours ouvrés à compter de la date de l'incarcération. Ce dossier comprend une fiche de renseignements comportant les informations relatives à la situation administrative et familiale des détenus, ainsi que le régime de protection dont ils bénéficiaient avant l'incarcération et l'éventuel droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Les cartes Vitale® et attestations papiers délivrées par l'assurance maladie sont conservées au greffe et devront être

délivrées aux détenus à l'occasion de permission de sortir ou lors d'aménagement de peine.

Les condamnés bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, sont également affiliés au régime général de la sécurité sociale. S'ils exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou suivent une formation professionnelle, ils seront affiliés au régime d'assurance maladie et maternité spécifique à l'activité. Et ceci dès lors que la durée de l'activité professionnelle leur permet l'ouverture des droits (*Art D366 et D125-1 du CPP et art L.381-30 du CSS*).

Ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature (les remboursements des soins) de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général à la condition qu'ils soient, ainsi que leurs ayants droits, en situation régulière avant leur mise en détention. Les détenus sont dispensés de l'avance des frais de la part restant à la charge de la sécurité sociale, l'autre part (ticket modérateur) reste à la charge de l'établissement pénitentiaire ^[31]. Dans certains cas, la part du ticket modérateur restant à la charge de l'établissement pénitentiaire peut être limité ou supprimé. Il s'agit des patients détenus relevant d'une affection longue durée avant ou pendant leur incarcération ou percevant une pension d'invalidité avant l'incarcération, dans ce cas la part du ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie. Le financement des appareillages, prothèses, actes, traitements ou interventions chirurgicales qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, est à l'entière charge des intéressés, après autorisation du chef d'établissement (sauf s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle). La part restante éventuellement à la charge du détenu, après remboursement d'un appareillage ou d'une prothèse par l'assurance maladie, est prise sur son compte nominatif. Cependant, l'administration pénitentiaire peut se substituer aux détenus dont les ressources sont insuffisantes. Les détenus n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont pas soumis au parcours de soins coordonné pendant la période de l'incarcération (*Art D367 du CPP*).

11.1.2 La couverture médicale complémentaire

Les détenus peuvent, durant leur incarcération, avoir droit à une protection complémentaire (gratuite en cas de faibles ressources) ou à une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, afin de couvrir les dépenses qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie et par l'établissement pénitentiaire, notamment les frais d'optique ou de prothèses dentaires. Le droit à la CMUc est attribué pour une durée d'un an renouvelable pendant la durée de l'incarcération. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire permet d'obtenir une déduction sur le montant de la cotisation de l'organisme de protection complémentaire.

11.1.3 La fermeture des droits

L'affiliation au régime général de la sécurité sociale prend fin, à la fin de la détention de la personne concernée. Le régime de sécurité sociale en cours avant la détention, redevient effectif. Si l'ancien détenu n'était affilié à aucun régime avant sa détention, les droits d'affiliation au régime général de la sécurité sociale seront maintenus pendant une durée d'un an à compter de la date de libération (*Art R.161-4 du CSS*).

11.2 LE CAS PARTICULIER DES DETENUS ETRANGERS

(*Art L.115-6 du CSS, L.161-25-2 et L.381-30-1 du CSS*)

11.2.1 L'ouverture des droits et des prestations

Les détenus étrangers qu'ils soient en situation régulière ou non sont automatiquement affiliés au régime général de la sécurité sociale, à la date de leur incarcération. Cependant, si l'étranger détenu est en situation irrégulière, ses ayants droit ne bénéficient pas de l'affiliation automatique au régime général et donc des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Comme pour tous les autres détenus, une fiche de renseignement est transmise à la caisse d'assurance maladie dans les cinq jours ouvrés à compter de l'incarcération.

Contrairement aux autres détenus, les étrangers ne peuvent être enregistrés auprès de la sécurité sociale que sous un NIR¹¹ provisoire. Il ne leur sera pas délivré de carte Vitale® mais une attestation de droit papier. Ils peuvent bénéficier de la reconnaissance d'une affection longue durée qu'ils soient en situation régulière ou pas, pendant la durée de la détention. Contrairement aux détenus français ou en situation régulière, les détenus étrangers en situation irrégulière avant leur incarcération, n'ont pas le droit à une complémentaire santé gratuite (CMUc) ou à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

11.2.2 La fermeture des droits

Lors de la libération d'un détenu étranger en situation irrégulière, le maintien de l'affiliation au régime général n'est pas applicable. Il lui est alors proposé de remplir une demande d'aide médicale de l'État (AME). S'il est en situation régulière, il peut bénéficier du maintien de l'affiliation au régime général de la sécurité sociale pendant un an, au même titre que les autres anciens détenus. En revanche, s'il est en situation irrégulière, il perd ses droits mais peut bénéficier de l'AME s'il en fait la demande (*Art L381-30-1 du CSS*).

11.2.3 Les conditions d'octroi de l'AME

Ces conditions sont (*Art L.251-1 du CASF*).

- Etre en situation irrégulière sur le territoire français.
- Résider en France depuis plus de trois mois et de manière ininterrompue.
- Avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond (même plafond que pour les personnes demandeuses de la CMUc c'est à dire 8644,52 euros annuel pour une personne seule) (*Art D861-1 CSS*).

¹¹ Toute personne née en France est inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP). L'inscription à ce répertoire entraîne l'attribution du numéro d'inscription au répertoire (NIR) qui est utilisé notamment par les organismes d'assurance maladie pour la délivrance des « cartes vitales ». Ce numéro d'identification unique de l'individu est formé de 13 chiffres : le sexe (1 chiffre), l'année de naissance (2 chiffres), le mois de naissance (2 chiffres) et le lieu de naissance (5 chiffres). Les 3 chiffres suivants correspondent à un numéro d'ordre qui permet de distinguer les personnes nées au même lieu à la même période ; une clé de contrôle à 2 chiffres complète le NIR. Le NIR est communément appelé « numéro de sécurité sociale ».

- Justifier de son identité par la production d'un passeport, carte nationale d'identité, extrait de naissance...

Les ayants droit bénéficient de l'AME de l'assuré. L'AME donne le droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité, sans avoir à avancer les frais. Les frais de médicaments sont pris en charge à condition d'accepter les génériques (sauf si mention « non substituable » précisée sur l'ordonnance).

En détention, l'AME ne peut être mise en place, puisque les détenus étrangers en situation irrégulière sont automatiquement affiliés au régime général de la sécurité sociale comme tout détenu. Ils pourront bénéficier de l'AME à la sortie de détention en se procurant le bulletin de sortie. Il existe donc un risque de rupture de soins, dû aux changements de couverture sociale.

12 LE CONSENTEMENT AUX SOINS

La personne détenue doit être soignée dans les mêmes conditions que la personne libre. Le consentement est sous tendu par la législation (*les lois de bioéthique, le CSP, le CPP*) et par le code de déontologie médicale dans son article 36. Le corps humain étant inviolable, nul ne peut porter atteinte à son intégrité sans le consentement express, libre et éclairé du patient. Le consentement ne doit être obtenu sous aucune forme de pression et doit être obtenu après avoir délivré une information claire sur la prise en charge proposée par le médecin. Le patient détenu est l'acteur principal de sa santé, et a le droit d'être informée de tout ce qui concerne sa santé, comme une personne libre (*Art L.1111-1 à L.1111-9 du CSP*).

Son consentement est indispensable et doit être recherché avant tout acte médical. Pour certaines prises en charge, comme par exemple les opérations chirurgicales ou un examen d'investigation invasif, le consentement doit être également recueilli par écrit et être consigné dans le dossier médical du patient. Le patient informé peut alors refuser la prise en charge préconisée par le médecin. Celui doit alors respecter la volonté du patient. Mais il est de son devoir d'informer son patient des risques et conséquences résultants de son refus. Il doit aussi tout mettre en œuvre pour tenter de convaincre son patient, il peut alors faire appel à une tierce personne (un confrère). Si le patient persiste dans son refus, le médecin

doit le consigner dans le dossier médical et proposer une alternative à sa prise en charge.

Le médecin peut passer outre le consentement du patient si le pronostic vital du patient est immédiatement en jeu (urgence médicale vitale au sens juridique).

Dans le cas où le patient serait dans l'incapacité de donner son consentement, le médecin doit informer et consulter la personne de confiance et /ou les proches sur la prise en charge médicale (Art D362 du CPP et art R4127-36 du CSP).

Le cas particuliers des grévistes de la faim et/ou de la soif (cf. chapitre 16)

13 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN

(Art D365 du CPP)

Les détenus présents dans l'établissement pénitentiaire ne peuvent choisir le médecin qui les prendra en charge, sauf dans le cas d'une décision du directeur interrégional des services pénitentiaires leur permettant le libre choix du médecin. Dans ce cas, ils doivent assumer les frais de cette prise en charge. Le médecin qui prendra en charge le détenu au sein de l'établissement pénitentiaire est considéré comme son médecin traitant.

- L'habilitation des médecins

Les praticiens des unités sanitaires qui exercent à temps plein sont habilités par le Ministre de la Justice et ceux qui travaillent à temps partiel ainsi que les autres personnels médicaux et hospitaliers sont habilités par le directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent. L'habilitation est accordée, après avis du Préfet de département ou du Préfet de police (à Paris) pour une période de cinq ans renouvelable par accord tacite (Art D386 du CPP).

Les personnes ayant fait ou faisant l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs, ne peuvent être habilitées (Art D386-1 du CPP). Le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les praticiens à temps plein ou le chef de l'établissement pénitentiaire pour les autres personnels hospitaliers peuvent suspendre l'habilitation en cas de manquements graves aux dispositions du code de procédure pénale ou du règlement intérieur.

Le directeur de l'établissement de santé doit être informé de cette suspension (*Art D388 du CPP*).

- Les détenus faisant l'objet d'un aménagement de peines

Les détenus bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, placement à l'extérieur ou permission de sortir peuvent quant à eux, choisir leur médecin traitant en dehors de l'établissement pénitentiaire, conformément à l'article L.162-5-3 du CSS.

Si le détenu exerce une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou dans les conditions de droit commun, il sera affilié au régime d'assurance maladie dont il relève au titre de cette activité. Il bénéficie alors des prestations en nature et en espèce (notamment les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie). Mais il doit cependant respecter le parcours de soins coordonné.

Si le détenu n'exerce pas d'activité professionnelle, la caisse d'assurance maladie assure le paiement de l'intégralité des dépenses de soins pour la part qui lui revient. Le détenu n'a donc pas à faire l'avance des frais sauf pour la part du ticket modérateur à la charge de l'établissement pénitentiaire qui remboursera le détenu ultérieurement. Il doit lui aussi respecter le parcours de soins coordonné.

14 LE DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est constitué pour chaque personne détenue dès le début de l'incarcération par les unités sanitaires de niveau 1. Tout ce qui concerne ce dossier, c'est à dire son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir, ses conditions d'accès, est régi par les règles de droit commun à tout individu. Le dossier médical du détenu permet son suivi durant toute la période de détention. Il est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé dans les locaux de l'unité sanitaire de niveau 1 devant garantir le respect de la confidentialité. Seul le personnel soignant doit avoir accès aux dossiers médicaux des détenus (*Art D375 CPP*).

LE CONTENU (*Art R1112-2 et R1112-3 du CSP*)

Le dossier médical du détenu doit contenir au moins les éléments suivants :

- L'identification du patient, de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir (cette personne devra être en possession d'un permis de visite pour

s'entretenir avec le détenu *(Art 49 de la loi pénitentiaire de 2009)*.

- Les informations formalisées des consultations externes, de l'accueil au service des urgences ou de l'hospitalisation (partie communicable) :
 - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,
 - les motifs d'hospitalisation,
 - la recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
 - les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie,
 - les informations sur la démarche médicale,
 - le dossier d'anesthésie,
 - le compte rendu opératoire,
 - le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
 - la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel,
 - les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
 - le dossier de soins infirmiers,
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
 - les correspondances échangées entre professionnels de santé,
 - les directives anticipées mentionnées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour (partie communicable) :
 - le compte rendu d'hospitalisation,
 - la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie,
 - les modalités de sortie (domicile, autres structures),

- la fiche de liaison infirmière.
- Les informations recueillies auprès d'un tiers ou concernant un tiers (partie non communicable).
- Les copies des certificats, avis ou attestations médicaux.

L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL ET LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS MEDICALES

Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical (*Art D375 du CPP*).

Lorsque le détenu doit être hospitalisé ou bénéficier d'examens spécifiques à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, le médecin de l'unité sanitaire est tenu de communiquer, avec l'accord du détenu, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins. Les médecins de l'établissement pénitentiaire doivent se tenir informés de l'évolution de l'état de santé du détenu hospitalisé (*Art D399 du CPP*).

En cas de transfert de la personne détenue vers un autre établissement pénitentiaire, le médecin de l'unité sanitaire doit transmettre le contenu du dossier médical du détenu au médecin qui poursuivra les soins dans l'établissement pénitentiaire d'accueil, dans les conditions matérielles garantissant son inviolabilité (sous plis cacheté) (*Art D375 du CPP*).

Lors de la libération du détenu, les informations médicales nécessaires à la continuité des soins sont transmises au médecin que la personne libérée aura désigné.

Enfin, en cas de décès de la personne détenue, les informations médicales ne peuvent être délivrées que sous certaines conditions, étant donné que le secret médical persiste après la mort. Il faut tout d'abord que la personne demandeuse d'information soit un ayant droit de la personne décédée. Il n'existe que trois cas dans lesquels les informations peuvent être transmises (sauf opposition du patient avant sa mort) :

- Pour faire valoir leurs droits.
- Pour défendre la mémoire du défunt.
- Pour connaître les causes du décès (*Art L.1110-4 CSP*).

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie,

peuvent avoir accès aux informations du dossier médical dans le cadre strict de leur mission.

(Art L.1112-1 du CSP)

En cas d'expertise judiciaire, le dossier médical n'est communicable qu'avec l'accord du détenu. Le dossier médical est communicable sans l'accord du patient uniquement sur saisie de ce dossier par l'autorité judiciaire.

L'accès du détenu à son dossier médical

Le dossier médical de la personne détenue étant régi par les règles de droit commun, les détenus ont donc accès aux informations formalisées concernant leur santé détenues par l'établissement de santé ou par les professionnels de santé. Les informations peuvent être délivrées au patient seul, en présence d'une tierce personne ou par l'intermédiaire d'un médecin (Art L.1111-7 CSP).

Dans le cas où la présence d'un médecin ou d'une tierce personne est souhaitable, cette personne doit faire l'objet d'un permis de visite lui permettant de communiquer avec le détenu.

15 LE SECRET PROFESSIONNEL ET LE SECRET MEDICAL

15.1 LES PRINCIPES GENERAUX

Le secret professionnel est le garant de la relation de confiance entre le médecin et son patient et est un droit du malade qu'il soit en milieu libre ou en détention. Les détenus ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination de la part de l'équipe soignante (Art R4127-7 du CSP).

Le secret professionnel est sous tendu par trois piliers fondamentaux :

- Le pilier moral représenté par le serment d'Hippocrate : « *Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur de la maison, je respecterai les secrets des foyers...* ».
- Le pilier déontologique : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à*

dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

- Le pilier légal : le code pénal précise dans son article 226-13 que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

Cependant la loi prévoit une levée du secret professionnel dans certaines conditions prévue à l'article 226-14 du CP (qui ne seront pas développées dans ce travail).

Il faut préciser le caractère « partagé » du secret qui est une notion définie par la loi du 4 mars 2002 ^[74] relative aux droits des malades, qui permet à une équipe médicale de partager une information à propos d'une personne qu'elle prend en charge sans que le secret professionnel ne soit rompu (Art L1110-4 du CSP). Cette loi rappelle aussi que le secret professionnel est un droit du patient (Loi du 4 mars 2002 et art L1110-4 du CSP).

Le patient peut être tenu à une certaine distance d'une information médicale le concernant dans certaines conditions prévues par la loi. En effet, en cas de diagnostic incurable le médecin peut ne pas informer son patient mais il est tenu d'informer la personne de confiance ou les proches (sauf opposition du patient) (loi Léonetti de 2005) ^[77]. Le seul cas où le secret ne peut être gardé face au patient est le cas d'une infection transmissible à un tiers (par exemple le VIH).

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » (Art 35 du code de déontologie médicale et R 4127-35 du CSP).

15.2 LE SECRET EN MILIEU PENITENTIAIRE

Le respect du secret médical constitue un pilier de la déontologie médicale en milieu pénitentiaire. L'article 45 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 ^[78] stipule que « *l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation ...* ». En milieu pénitentiaire, l'équipe médicale de l'unité sanitaire est donc indépendante de l'autorité administrative et judiciaire. Cette notion est importante à partager avec le patient pour garantir une bonne prise en charge médicale.

LES DIFFICULTES RENCONTREES

Le secret médical en milieu pénitentiaire représente une réelle difficulté dans l'exercice des fonctions de médecin. Sa rupture prend naissance dans la particularité du milieu d'exercice, notamment la présence constante du personnel pénitentiaire et des intervenants tels que les avocats, Juges, policiers ou gendarmes qui peuvent être demandeurs d'informations médicales concernant un détenu.

- Les grévistes de la faim et/ou de la soif (*Art L1111-4 et R4127-36 CSP et art 36 du code de déontologie médicale*)

Ceci sera développé dans le chapitre 16.

- Les mesures disciplinaires

Le médecin peut être sollicité par le chef de l'établissement pénitentiaire pour donner son avis, dans le cadre de sanctions disciplinaires telles que le confinement en cellule ordinaire, la mise en cellule d'isolement ou la mise en cellule disciplinaire. Il doit cependant respecter le secret médical. Lorsque l'état de santé n'est pas compatible avec une mesure disciplinaire, un placement en isolement ou en confinement, il doit le signaler au chef d'établissement sans pour autant en révéler la raison médicale. Pour des raisons d'éthique professionnelle le médecin doit rédiger des certificats d'incompatibilité à telle ou telle mesure mais pas des certificats de compatibilité.

- Les aménagements des conditions de détention

Le médecin peut être le témoin de conditions de détention n'étant pas compatibles avec l'état de santé d'un détenu. Il peut dans ce cas produire un document (certificat médical donné en main propre au détenu) qui atteste que l'état de santé du détenu nécessite une modification des conditions de détention. Mais il ne peut en aucun cas faire état du

diagnostic. Par exemple, le médecin peut être amené à produire un certificat médical à la demande d'un patient asthmatique, attestant que son état de santé nécessite que les couvertures soient lavées et changées plus régulièrement que pour les autres détenus ^[28]. Ceci dans le but de diminuer les facteurs aggravants de la pathologie du détenu.

- Les violences et mauvais traitements

Le médecin exerçant en milieu pénitentiaire a le devoir d'informer les autorités judiciaires, avec l'accord du détenu, s'il constate que celui-ci a subi des sévices ou des mauvais traitements (*Art 10 du code de déontologie médicale et R4125-10 du CSP*).

Si le médecin de l'unité sanitaire a connaissance d'un risque sérieux pour la sécurité des personnes de l'établissement, il est tenu de le signaler au directeur de l'établissement pénitentiaire en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection ^[31] (*Art L6141-5 du CSP*).

- Les différentes commissions

Le médecin peut être amené à assister à des commissions (Commission d'application des peines, commissions disciplinaires ...) et à donner son avis concernant la santé des certains détenus. Le médecin doit donner son avis dans le respect du secret médical. Le décret du 23 décembre 2010 a institué les commissions pluridisciplinaires uniques, qui permettent de se réunir pour examiner la situation et le parcours pénal des détenus. Un médecin de l'unité sanitaire peut être présent. Pourtant ce médecin dépend bien de l'hôpital et non de l'administration pénitentiaire. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins dénonce dans son bulletin d'information de l'ordre national des médecins, le risque de rupture du secret médical lors de ces commissions¹².

- Les extractions médicales à l'hôpital

Lorsqu'il est nécessaire d'hospitaliser un détenu, le transfert de l'établissement pénitentiaire vers l'hôpital (extraction médicale) est réalisé par le personnel pénitentiaire sous la direction du chef d'escorte. Le service hospitalier devant accueillir le détenu est connu du personnel pénitentiaire, il peut paraître facile, pour le personnel pénitentiaire ou par les forces de l'ordre de faire des déductions, souvent erronées, sur l'état de santé du détenu qu'ils accompagnent (par exemple : un patient transféré en pneumologie ou en maladie

¹² Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins, n° 18 juillet-août 20011.

infectieuse sera suspect d'être atteint de la tuberculose ou du VIH). Dans les cas particuliers d'extractions médicales, il est du devoir du médecin d'informer le personnel pénitentiaire des précautions qu'ils doivent prendre pour ne pas être contaminés alors qu'ils transfèrent ou gardent un patient détenu. En aucun cas le diagnostic posé ou supposé ne doit être révélé. D'ailleurs la révélation du diagnostic sera probablement délétère car, très souvent, il permettra au personnel pénitentiaire ou aux forces de l'ordre d'échafauder, à partir d'idées fausses, des comportements inadaptés.

- L'encellulement à plusieurs

Les détenus étant le plus souvent plusieurs à partager la même cellule, il leur sera parfois très difficile de garder la confidentialité sur la nature de leur pathologie.

Là aussi des idées fausses peuvent naître et entraîner des comportements agressifs ou de rejet. En aucun cas le médecin ne pourra révéler le diagnostic d'un patient à un autre patient. Par contre des informations générales sur les modes de contamination des pathologies peuvent être données aux détenus au cours d'actions d'éducation à la santé et de prévention.

- La sécurité

L'un des rôles du personnel pénitentiaire est de garantir la sécurité de tout le personnel intervenant dans l'établissement pénitentiaire au cours des déplacements des détenus. Lors des consultations médicales, le personnel pénitentiaire peut être présent, dans le cas où la sécurité du médecin serait menacée, ce qui constitue un risque de rupture du secret médical. Cependant, le médecin peut être discret lors de la consultation et/ou demander au personnel pénitentiaire de se tourner lors de l'examen. Dans ce cas encore, il est indispensable d'entretenir une collaboration avec les agents pénitentiaires qui garantissent la sécurité des médecins. Ainsi, du fait de l'exercice médical dans un contexte particulier où la sécurité de toutes les personnes présentes dans l'établissement pénitentiaire doit être garantie le secret médical risque d'être malmené détention. Il est du devoir du médecin de tout faire pour qu'il soit préservé. Nous avons vu que l'un des principaux problèmes est la gestion du secret face aux agents pénitentiaires, ceux-ci pouvant considérer le respect du secret comme une rétention d'informations qui leur seraient nécessaires. Les médecins de l'unité sanitaire se doivent donc de rester discrets et d'éduquer le personnel pénitentiaire au caractère secret des informations qu'ils pourraient détenir. Prenons l'exemple d'un détenu suspect d'infection tuberculeuse. Le médecin va se protéger contre la transmission de la

bactérie et prescrire un certain nombre de mesure de protection. L'agent pénitentiaire n'étant pas au courant de la pathologie peut se mettre directement en danger et mettre en danger les autres s'il ne se protège pas.

Dans son article, Pierre Barlet ^[20] compare la volonté des agents pénitentiaires d'être au courant de la pathologie du détenu à celle des soignants d'être au courant de la situation pénale de celui-ci : « *Certes la curiosité des surveillants peut sembler parfois infondée, mais l'est-elle davantage que celle des soignants qui prétendent que la connaissance préalable de l'infraction reprochée au patient leur est indispensable pour le prendre en charge ?* ».

Il propose donc la notion de secret partagé avec le personnel pénitentiaire dans l'intérêt du détenu permettant une meilleure collaboration ^[20]. Ceci reste un sujet de réflexion dont nous ne chercherons pas ici à trouver une réponse.

16 LA GREVE DE LA FAIM ET DE LA SOIF

(Art L1111-4 et R4127-36 CSP et art 36 du code de déontologie médicale)

Les détenus s'adonnant à la grève de la faim ou de la soif font l'objet d'une attention particulière de la part du personnel pénitentiaire et du personnel médical. Le médecin est informé par un signalement écrit émanant du personnel pénitentiaire. Dans ce contexte, il est évident qu'il est difficile de conserver totalement le secret.

Cependant nous pensons que le médecin n'a pas à confirmer ou infirmer la réalité de la grève de la faim et ou de la soif. Il n'a pas à communiquer des renseignements tels que la date de début, la date de fin, le poids ou tout autre renseignement clinique. Cependant, lorsque l'état de santé du détenu n'est plus compatible avec un maintien en détention il doit le signaler et organiser son hospitalisation.

Le détenu se livrant à une grève de la faim prolongée, ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales *(Art D364 du CPP)*.

Une collaboration entre le personnel pénitentiaire et le médecin est indispensable, dans le respect des règles professionnelles de chacun, pour permettre la surveillance particulière que le détenu gréviste nécessite. Le suivi médical est organisé en fonction de l'état clinique du patient et la mise en place d'une surveillance médicale continue peut être demandée par le médecin de l'unité sanitaire.

Le médecin de l'unité sanitaire est le seul à pouvoir décider de la nécessité d'hospitalisation et doit en informer l'administration pénitentiaire par une fiche de signalement.

Si la grève de la faim ou de la soif constitue un incident grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité de l'établissement pénitentiaire, celui-ci doit être immédiatement porté par le chef de l'établissement à la connaissance du Préfet et du Procureur de la République, en même temps qu'à celle du Directeur interrégional des services pénitentiaires et du Ministre de la Justice (*Art D364 du CPP*).

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie mais d'une contestation qui peut avoir des conséquences médicales, il y a lieu de distinguer la grève de la faim de certaines pathologies telles que par exemple certaines pathologies psychiatriques.

17 LES CERTIFICATS MEDICAUX

Les soignants exerçant en milieu pénitentiaire doivent respecter les règles du secret médical pour les patients détenus au même titre que pour des patients libres. Les attestations et certificats médicaux peuvent être délivrés à la demande du patient détenu ou à l'initiative du médecin (*Art D382 du CPP*).

Ils doivent être remis en mains propres au patient¹³, sauf dans les cas prévus par la loi, et engagent la responsabilité du médecin rédacteur. Un double de ces documents doit être gardé dans le dossier médical du patient. Dans certains cas il peut être utile ou prudent sur un plan médico-légal de faire contresigner le patient avec la mention « *reçu en mains propres* ».

LES ATTESTATIONS OU CERTIFICATS MEDICAUX DELIVRES A LA DEMANDE DU PATIENT^[31]

Les médecins délivrent au patient détenu, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord express, à sa famille ou à son conseil (*Art D382 du CPP*). Cet article du CPP est contredit par le code de la santé publique comme expliqué au début de ce chapitre.

- Les attestations ou certificats médicaux relatifs à la législation du travail et des maladies professionnelles

Les médecins délivrent au détenu, les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et notamment de ceux

¹³ Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006. Les certificats médicaux.

prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (*Art 50 du code de déontologie médicale*).

En cas d'accident du travail, le médecin établit, en double exemplaires, un certificat indiquant l'état du patient détenu, les conséquences de l'accident et au besoin la durée de l'incapacité de travail. Le premier exemplaire est remis au chef de l'établissement pénitentiaire et le deuxième est remis au patient détenu. Afin de respecter le secret médical concernant l'état de santé du patient détenu, le certificat ne devra pas contenir de diagnostic ou d'information susceptible de pouvoir lever le secret.

En cas de maladie professionnelle, le médecin établit en triple exemplaires (remis au patient détenu), un certificat médical indiquant la nature de la maladie, ses manifestations et les conséquences probables.

- Les attestations ou certificats médicaux relatifs à des situations particulières (rédigés en trois exemplaires)

- **le travail** : un détenu présentant une incapacité temporaire à exercer un travail pour raisons de santé, peut se voir délivrer un certificat d'arrêt de travail par le médecin de l'unité sanitaire. En cas d'inaptitude à un poste de travail, c'est du ressort du médecin du travail d'établir le certificat médical.

- **le sport** : le médecin de l'unité sanitaire délivre les certificats de non contre-indication à la pratique des activités sportives (*Art R57-8-1 du CPP*).

- **les changements d'affectations, aménagements du régime de détention** : l'état de santé du détenu peut justifier la modification ou l'aménagement du régime de détention. Le médecin doit réaliser l'examen clinique de tout patient détenu qui pour raison médicale solliciterait un changement d'affectation, une modification ou un aménagement quelconque du régime de détention.

Si le médecin estime que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime de détention qui lui est appliqué, il en avise par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente. Il n'a pas à exposer la nature de la pathologie qui nécessite cet aménagement du régime de détention.

- **les certificats de coups et blessures** : ils ne peuvent être établis qu'à la demande du détenu et doivent lui être remis en mains propres. Le médecin de l'unité sanitaire doit être particulièrement prudent dans certains cas.

En particulier, en cas d'agression par un autre détenu, le praticien devra s'assurer auprès du patient que sa demande de certificat médical émane bien de lui. En effet, il peut arriver que le personnel pénitentiaire sollicite auprès de la victime de lui transmettre un certificat de constatations de blessures afin de l'utiliser contre l'agresseur (placement en cellule disciplinaire par exemple). Il nous semble là que le médecin se doit d'expliquer les conséquences possibles d'utilisation et de transmission du certificat afin que le patient-détenu-victime comprenne bien les conséquences possibles de transmission du certificat. Certains patients détenus, en effet, ne souhaitent pas, pour de multiples raisons, déposer de plainte contre leur agresseur.

- Les attestations ou certificats médicaux délivrés à la demande des autorités pénitentiaires

Le médecin délivre les attestations ou certificats médicaux contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé (*Art D382 et R57-8-1 du CPP*). Lors d'une procédure de prolongation d'une mesure d'isolement, le médecin doit rédiger un avis recueilli par le directeur régional des services pénitentiaires. Les documents produits à la demande de l'autorité pénitentiaire ne doivent contenir que les renseignements nécessaires à l'autorité dans le respect du secret professionnel. Il est exclu de tout élément de diagnostic. Le détenu doit être informé de la production de ces documents et peut, à sa demande, se voir remettre un double.

- Les attestations ou certificats médicaux délivrés aux autorités pénitentiaires à l'initiative du médecin

Les médecins doivent aviser par écrit le chef de l'établissement, dès lors qu'ils estiment que l'état de santé du détenu n'est pas compatible avec le maintien en détention ou le régime pénitentiaire appliqué (*Art D382 du CPP*).

Le médecin peut aussi être amené à délivrer des certificats qui vont permettre au patient détenu de bénéficier d'un certain nombre d'aménagements de sa vie quotidienne compte tenu de son état de santé. Il peut s'agir, par exemple, de certificat pour bénéficier :

- de douches supplémentaires compte tenu d'un état dermatologique qui risquerait de s'aggraver ou de ne pas pouvoir guérir sans une hygiène quotidienne,

- d'oreillers supplémentaires afin de limiter des cervicalgies aggravées par les conditions de couchage,
- de couvertures supplémentaires lorsque la température descend et que le patient détenu se plaint d'avoir froid et donc dort mal ou voit des pathologies s'aggraver (orl, pulmonaire),
- de pouvoir faire rentrer des lunettes de vue avec lesquelles il ne s'est pas fait écrouer,
- de l'autorisation de porter des lunettes avec des verres colorés l'été ou des lunettes de soleil dans certaines pathologies ophtalmologiques.
- de régimes alimentaires,
- de porter des prothèses diverses (oculaires, auditives),
- d'utiliser des béquilles,
- de ne pas rester seul en cellule (du fait d'une pathologie psychiatrique, voire d'une pathologie somatique qui pourrait nécessiter d'appeler des secours).
- d'un enfermement en cellule non-fumeur.

Cette liste est non exhaustive. Le médecin se doit d'être rigoureux dans la délivrance de ces documents non seulement vis-à-vis de l'administration pénitentiaire mais aussi vis-à-vis de son patient afin de ne pas être « manipulé » par ce dernier et perdre ainsi toute crédibilité.

- Les autres rapports médicaux

Les rapports médicaux relatifs aux procédures étrangers malades, aux conditions d'entrée et de séjours des étrangers en France (*cf. chapitre 25.4*).

Une personne détenue étrangère (en situation irrégulière avant sa détention ou qui le sera au moment de sa libération) et malade, peut justifier d'une protection contre les mesures d'éloignement dès lors que son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'elle ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi (*Art L313-11-11° du CESEDA*).

Le patient détenu fait établir par le médecin de l'unité sanitaire un rapport médical précisant le diagnostic, le traitement suivi et sa durée, ainsi que l'évolution. Ce rapport est remis par le médecin de l'unité sanitaire sous pli confidentiel, au médecin de l'ARS. Ce dernier émet

un avis et le transmet au Préfet.

18 LES ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION SANITAIRE

La prévention incluant l'éducation pour la santé et la réduction des risques fait partie intégrante des missions de l'établissement santé signataire du protocole avec l'établissement pénitentiaire. Il peut s'agir de prévention primaire (condition de vie, hygiène, vaccination..), de prévention secondaire (dépistages) ou de prévention tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient).

L'organisation des soins en détention doit permettre à l'établissement de santé de coordonner ces actions de prévention. Cette mission est d'autant plus importante que la population carcérale est le plus souvent jeune, fragilisée et ayant un faible accès aux soins ^[30, 62]. La prise en charge sanitaire des personnes détenues en matière de prévention, de dépistage, et de prise en charge des addictions peut nécessiter l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire extérieure à l'établissement pénitentiaire.

Dans ce cadre exclusivement, l'autorisation d'accès à l'établissement pénitentiaire peut être accordée par le chef de l'établissement aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé auxquels peut faire appel l'établissement de santé *(Art D390 du CPP)*.

Concernant les actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en place par l'établissement de santé, celui-ci doit produire un rapport annuel qui sera transmis au directeur interrégional des services pénitentiaires et in fine au Ministère de la Justice. *(Art D376 et D378 du CPP)*

- Les actions de préventions somatiques comprennent le dépistage de la tuberculose qui est prévu par les articles D384-1 du CPP et L.1423-2 et L.3112-2 du CSP, des IST (VIH, VHB, VHC etc..) et d'autres pathologies (cancer colorectal, cancer du poumon, diabète...) ainsi que des addictions. Ces actions de dépistages sont obligatoirement proposées par le médecin lors de l'examen clinique des « arrivants », mais il ne faut pas oublier que leur consentement doit être recherché, comme pour les patients en milieu libre *(Art 51 de la loi pénitentiaire de 2009 ^[78])*.

- Les actions de préventions psychiatriques/en santé mentale

Tout détenu doit bénéficier, dans les premiers jours de son incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique de l'établissement pénitentiaire. Cet entretien a pour objectif d'identifier précocement les troubles psychiques afin de mettre en œuvre les soins appropriés et d'établir un contact entre le détenu et l'équipe psychiatrique.

La prévention du risque suicidaire doit être une priorité en milieu pénitentiaire, en raison d'un taux élevé de suicide dans la population carcérale. Selon les données de l'INSERM en 2011, le taux de suicide en France était de 16,2 pour 100 000 habitants.

En 2004, l'enquête épidémiologique demandée par la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire révélait la présence de 14% des détenus atteints de psychose avérée (> 8000 détenus) dont 7 % (> 4000 détenus) atteints de schizophrénie ^[17].

En 2014, 1 033 tentatives de suicide, 94 suicides ^[39] en détention et 16 suicides hors détention ont été rapportés. L'administration pénitentiaire participe activement au programme national d'actions contre le suicide par la mise en place du plan d'action ministériel signé le 15 juin 2009 ^[157], qui s'articule autour de cinq grands axes :

- le renforcement de la formation des personnels pénitentiaires à l'évaluation du potentiel suicidaire (en ciblant en priorité l'ensemble des personnels affectés dans les quartiers de détention les plus sensibles, notamment le quartier arrivants),
- l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (dotations de protection d'urgence composées de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, cellules de protection d'urgence, interphones ...),
- le développement de la pluridisciplinarité au sein de la détention (commission pluridisciplinaire unique dédiée à la prévention du suicide régulière...),
- la lutte contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire (procédure d'accueil, accès au téléphone et mise à disposition de postes radio),
- la mobilisation de l'ensemble de la « communauté carcérale » (intervenants, associations, famille, codétenus, autorités judiciaires et partenaires du Ministère de la Justice).

18.1 LE DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : VIH, VHC, VHB

Il s'agit ici de dépistage volontaire mais qui doit être systématiquement proposé par l'équipe médicale de l'unité sanitaire au début et tout au long de la détention (*Art D384-2 du CPP*).

- Le dépistage du VIH

Les détenus doivent pouvoir bénéficier avec leur accord, de la part du médecin de l'unité sanitaire d'une information-conseil, délivrée au cours de la visite d'entrée ou d'une consultation, sur l'infection par le VIH (*Art D384-3 CPP*).

Le dépistage leur est donc systématiquement proposé à l'entrée puis tout au long de la détention.

Selon l'étude PREVACAR de 2010 ^[30], la prévalence de l'infection par le VIH était de 2 % dans la population carcérale. Il est difficile d'apprécier la prévalence de l'infection par le VIH mais il est estimé qu'environ 150 000 personnes seraient atteintes en France en 2009 (prévalence de 0,23 %) ^[37].

Il existe un dispositif spécifique de coordination pour l'infection à VIH: les comités de coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH) mis en place en 2007 et intervenant de plus en plus en milieu carcéral ^[30]. Ils ont pour missions :

- de favoriser la coordination des différents intervenants (professionnels de santé, associations ...),
- de participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci et à l'harmonisation des pratiques,
- de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

- Le dépistage des hépatites virales

Le dépistage de l'hépatite B et/ou C doit être proposé à chaque détenu, en raison de la forte prévalence de ces affections.

Selon l'étude PREVACAR en 2010 ^[30], la prévalence du VHC était estimée à 4,8 % dans la population carcérale. En 2004, la prévalence de l'infection à VHC au sein de la population générale était de 0,84 % ^[36].

Concernant l'infection à VHB, la prévalence de l'infection en 2004 au sein de la population générale était de 0,65 % (présence de l'Ag HBs) ^[36]. Selon l'étude de 2003 publiée par la DRESS le taux de séropositivité de l'hépatite B s'élèverait à 0,8 %.

La vaccination contre l'hépatite B doit être systématiquement proposée aux personnes détenues non immunisées.

La continuité des soins des patients atteints du VIH ou d'une hépatite est fondamentale.

Le médecin de l'unité sanitaire doit s'assurer que le patient, lors de sa sortie, possède une ordonnance du traitement en cours pour quelques jours (évitant la rupture thérapeutique) et qui est en lien avec un organisme pouvant assurer son suivi (COREVIH, centre de soins, hôpital ...). Le problème qui se pose ici, quant à la continuité des soins est que le médecin n'est pas tenu au courant des dates de libération des patients détenus.

Le cas particulier des détenus étrangers en situation irrégulière qui vont être libérés

Lors de leur libération les patients détenus en situation irrégulière sur le territoire peuvent faire l'objet de mesures d'éloignement, que nous aborderons plus loin. Si ces mêmes patients désirent rester sur le territoire, il existe une procédure de protection contre les mesures d'éloignement : la procédure « étranger malade » (*cf. chapitre 25.3*). Celle-ci peut être initiée en détention ou au CRA si les patient y sont placés avant que la mesure d'éloignement soit effective.

18.2 LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

En 2010 en France, le nombre de cas de tuberculose maladie était de 5187 dans la population générale, selon l'INVS. En 2003, 42 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire pour une population carcérale de 58 500 détenus en France et en 2009, 57 cas avaient été diagnostiqués en milieu carcéral ^[28].

La population carcérale cumule plusieurs facteurs de risque (précarité, faible accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération, pays d'origine à forte endémie, immunodépression) et des conditions de vie en détention favorisant la transmission du bacille de Koch.

Les principes de la lutte antituberculeuse sont ^[31] :

- le dépistage et le traitement précoce des cas de tuberculose maladie (dépistage ciblé dans les populations à risque),
- l'isolement des cas contagieux, le suivi rigoureux et l'adaptation de la prise en charge des cas de tuberculose maladie,
- le suivi de l'observance des traitements et la déclaration des « issues de traitement » pour prévenir l'émergence de souches multi-résistantes,
- le signalement immédiat des cas de tuberculose maladie et le déclenchement de la recherche des sujets contacts, pour dépistage et prise en charge,
- l'information immédiate du chef de l'établissement pénitentiaire,
- le traitement des infections tuberculeuses latentes récentes (moins de deux ans), le plus souvent diagnostiquées au cours d'une enquête autour d'un cas.

Lors de l'incarcération, la visite médicale d'entrée doit permettre de réaliser un dépistage de la tuberculose en fonction de l'examen clinique réalisé par le médecin de l'unité sanitaire. Celui-ci peut demander, s'il le juge nécessaire, une radiographie thoracique, réalisée sur place si possible, qui devra être interprétée au plus tard dans les huit jours.

Cette mesure s'applique également aux personnes détenues présentes qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage clinique de la tuberculose.

Si la radiographie montre des signes d'infection le médecin du CLAT prévient le médecin de l'unité sanitaire¹⁴. C'est au CLAT qu'incombe la charge de l'organisation du dépistage, notamment du dépistage des sujets contacts (*Art D 384-1 CPP*).

La recherche d'une infection tuberculeuse doit se faire tout au long de l'incarcération à la moindre suspicion clinique.

¹⁴ Circulaire de la DAP n° 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels. NOR : JUSK0740069C

- En cas de suspicion de tuberculose ^[31]

Outre les démarches cliniques et paracliniques nécessaires à la confirmation du diagnostic, le médecin de l'unité sanitaire met en place les précautions afin de réduire le risque de contamination aérienne et les mesures de protections des personnes qui seront en contact avec la personne détenue. Ceci se fait en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire.

Les précautions sont ¹³:

- la mise en cellule individuelle.
- l'aération fréquente de la cellule,
- le port d'un masque FFP1 pour les personnes en contact avec le détenu pour une durée maximale de trois heures,
- le port d'un masque chirurgical par le détenu,
- la limitation des déplacements du détenu, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire.

- En cas de diagnostic confirmé de tuberculose

La tuberculose étant une maladie à déclaration obligatoire, le médecin ayant fait le diagnostic doit transmettre cette information, en respectant le secret médical, au médecin de l'agence régional de santé et au CLAT (*Art D384-1 du CPP et L3113-1 du CSP*).

Il faudra prendre en charge de façon simultanée le malade et son entourage. La personne détenue malade devra être hospitalisée au mieux dans une UHSI.

L'enquête autour du cas sera réalisée par le CLAT, en coordination avec le médecin de l'unité sanitaire, le médecin de prévention et du travail, l'équipe hospitaliers et le médecin de famille. Elle a pour but de repérer et éviter l'apparition de cas secondaires et de repérer la source de l'infection.

Elle passe en revue toutes les personnes ayant été en contact avec la personne détenue durant sa période de contagiosité (c'est à dire pendant les trois mois avant le diagnostic).

- La continuité des soins

La continuité des soins et le suivi des sujets sont fondamentaux dans le cas de la tuberculose.

La durée du traitement est d'au moins six mois, il est donc du ressort du médecin de l'unité sanitaire de s'assurer que la prise en charge sera poursuivie en cas de libération du détenu et de prévenir le CLAT de la libération. Le médecin s'assure entre autre que le détenu sortant possède :

- une copie de son dossier médical,
- la quantité de médicament nécessaire à la poursuite du traitement pendant dix jours,
- une ordonnance pour la poursuite du traitement,
- un rendez-vous de suivi au CLAT et l'adresse du CLAT où il pourra lui être délivré des médicaments à titre gratuit.

Dans le cas des étrangers en situation irrégulière qui sont libérés et qui font l'objet d'une mesure d'éloignement, la procédure « étranger malade » peut être initiée pendant la détention (si le patient le souhaitent) afin qu'ils puissent avoir accès à un traitement long et coûteux. *(cf. chapitre 25.3 et 25.5.2)*

18.3 LES ADDICTIONS

Le repérage des détenus ayant des problèmes d'addiction (stupéfiants, alcool et tabac) doit être effectué lors de la visite d'entrée en détention par le personnel des unités sanitaires. Ce repérage permet si nécessaire, l'orientation du détenu vers des professionnels spécialisés en addictologie afin de déterminer un projet de soins adaptés et une préparation à la sortie, ainsi que de favoriser les aménagements de peines ^[31].

Le projet de soins adapté intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge d'éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques et le suivi psychologique et médico-social.

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire favorisent et coordonnent, en collaboration avec les unités sanitaires, les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Toute personne intervenant dans ce cadre doit être autorisée à entrer dans l'établissement pénitentiaire par le chef de l'établissement (*Art D385 et D 390-1 du CPP*).

La loi du 2 janvier 2002 ^[75] a créé les CSAPA. Il s'agit d'établissements médico-sociaux qui s'adressent à des personnes ayant des problèmes d'addiction à des substances psychoactives ou d'addictions sans substance (addiction aux jeux). Ils sont gérés par les établissements de santé ou pas des associations. Certains établissements possèdent un CSAPA rattaché à l'établissement de santé.

18.3.1 Les stupéfiants

La prévalence des traitements de substitution aux opiacés (TSO) parmi les personnes détenues est estimée à 8 % sur la base d'un échantillon représentatif élaboré par l'Institut de veille sanitaire ^[30]. Les TSO doivent être accessibles à toutes les personnes détenues dépendantes, ce qui n'est apparemment pas le cas dans tous les établissements pénitentiaires ^[18, 158]. Les modalités de délivrance et de prise du traitement doivent permettre de répondre aux recommandations scientifiques et aux règles de l'autorisation de mise sur le marché des différentes spécialités. La circulaire n° 57/DGS du 30 janvier 2002¹⁵ autorise la primo-prescription de méthadone par tout praticien exerçant en établissement de santé, concernant les médecins des unités sanitaires.

Les différents plans (hépatites, addictions et plan stratégique santé des personnes sous main de justice) visent à garantir un accès à la prévention identique à celui en milieu libre.

Ils permettent donc de :

- Garantir l'accès aux TSO (buprénorphine haut dosage et chlorhydrate de méthadone) dans tous les établissements, adaptés aux besoins de la personne détenue.

¹⁵ Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

- Assurer la continuité des TSO à l'entrée, durant et à la sortie de détention.
- Mener des actions de prévention et éducation pour la santé.

Le cas des étrangers en situation irrégulière

Les personnes détenues étrangère en situation irrégulière sous TSO peuvent faire l'objet d'une régularisation pour raison de santé par la mise en place de la procédure « étranger malade ».

La dépendance majeure aux opiacés est une pathologie chronique, concernant 8 % de la population carcérale ^[30], qui nécessite une prise en charge médicale et globale. Les troubles addictifs graves sont mentionnés dans la liste des affections longue durée. Les TSO permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de cesser leur consommation, de restaurer leur intégrité physique et psychique et de vivre normalement. Ceci permettant aussi de diminuer les comportements à risque vecteur des infections par le VIH ou les virus des hépatites. Les TSO nécessitent une continuité des soins. L'OMS a classé ces traitements de substitution comme des médicaments essentiels dans l'accès aux thérapies anti virales. Cette liste comprend les médicaments considérés comme essentiels pour des maladies prioritaires pour lesquelles des moyens de diagnostic ou de surveillance spécifiques et/ou des soins médicaux spécialisés et/ou une formation spécialisée sont nécessaires.

L'arrêt brutal d'un TSO expose la personne à des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé : syndrome de sevrage, danger de rechute avec reprise des consommations et risque accru de surdoses mettant en jeu le pronostic vital, exposition à des risques infectieux (VIH, VHC...). Ce risque grave se retrouve lors de retours dans un pays d'origine ne permettant pas la poursuite du traitement.

Dans plusieurs pays de l'Est de l'Europe (Russie) d'autres pays issus de l'ex-URSS tels la Géorgie et aussi en Algérie, les médicaments (BHD et méthadone) ne sont pas disponibles ou le sont dans des conditions ne permettant pas un traitement approprié en termes de structures, équipements et personnels. Dans certaines situations notamment en Afrique sub-saharienne ou en Asie (Vietnam, Chine) le traitement existe mais s'accompagne de phénomènes de stigmatisation et de contrôles sociaux susceptibles d'entraver l'accès de la personne à la prise en charge (ce type de situation peut donc relever de l'appréciation d'une circonstance humanitaire exceptionnelle).

18.3.2 L'alcool

La prévalence d'un usage abusif d'alcool serait de 31 %. Comme les autres addictions, la prise en charge de la consommation d'alcool débute par le dépistage lors de la consultation d'entrée. Certains médecins utilisent la grille d'évaluation « DETA ». Une prise en charge spécifique doit leur être proposée (consultation en addictologie, suivi psychiatrique) et une prise en charge médicale peut être mise en place en fonction de l'état clinique (prévention du delirium tremens, substitution vitaminique, hydratation, anxiolytique...).

18.3.3 Le tabac

Selon l'étude réalisée par la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques de 2003 ^[19], la prévalence de l'addiction au tabac serait de 78 %. Le repérage de la dépendance au tabac (test de Fagerström) doit être effectué le plus rapidement possible par le médecin de l'unité sanitaire. Une prise en charge thérapeutique peut être nécessaire si le détenu le souhaite (substituts nicotiniques, thérapie comportementale ...). Les substituts nicotiniques sont à la charge de l'établissement de santé et doivent être fournis gratuitement aux détenus dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin de l'unité sanitaire ^[31, 100].

L'interdiction de fumer dans les lieux publics (*Art R3511-1 du CSP*) est applicable aux établissements pénitentiaires. L'usage du tabac est toléré dans la cellule à condition que celle-ci soit occupée par des détenus se disant fumeurs. Des mesures de protections doivent être prises afin de protéger les détenus non-fumeurs du tabagisme passif ^[100].

Les personnes détenues initiant un sevrage doivent dans la mesure du possible être affectées en cellule « non-fumeurs » au sein de leur lieu de détention.

19 LES SOINS EN DEHORS DE LA PRESENCE DU PERSONNEL MEDICAL

En dehors des horaires d'ouverture de l'unité sanitaire, si une intervention médicale apparaît nécessaire, le personnel pénitentiaire doit appliquer les directives prévues par le protocole signé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le directeur interrégional des

services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil de surveillance (*Art D374 et D369 du CPP*).

En cas d'urgence vitale, le centre 15 doit être obligatoirement l'interlocuteur. Le médecin de garde libérale de ville peut être amené à consulter le détenu si la situation le nécessite.

20 LE DROIT A LA SANTE DES PERSONNES DETENUES ETRANGERES

Comme nous l'avons vu précédemment, les détenus étrangers ont les mêmes droits que les autres détenus en ce qui concerne le droit à la santé. Cependant, leur statut d'étranger peut représenter des difficultés dans l'accès aux soins (*cf. chapitre 22*).

La protection sociale des détenus étrangers a été détaillée au chapitre 11.2 de la partie « Organisation des soins en détention ».

MIGRANTS INCARCERES : DES PARTICULARITES LORS DE L'INCARCERATION ?

21 LES MOTIFS D'INCARCERATIONS DES ETRANGERS : QUELQUES CHIFFRES

Comme nous l'avons vu précédemment, les étrangers peuvent être incarcérés s'ils ont commis un crime ou un délit sur le territoire français, ou s'ils ont commis une infraction à la législation sur les étrangers (ILE) (comme par exemple un séjour irrégulier) (*cf. chapitre 3.2.2*).

Une étude ^[25] de la Direction de l'Administration pénitentiaire de 2008, se propose d'apporter un éclairage quantitatif sur l'évolution du nombre d'étrangers dans les prisons françaises depuis 1993.

Le taux d'extranéité (rapport entre le nombre d'étrangers moyens écroués et la population écrouée de la même année) n'avait cessé d'augmenter pour atteindre 31,1 % en 1993. On constate que le nombre d'étrangers détenus est passé de 15 322 en 1993 à 11 140 en 2007, avec une baisse du taux d'extranéité entre 1993 et 2007 (*Tableau 15*).

Années	Population moyenne annuelle			Incarcérations annuelles		
	Français	Etrangers	Taux d'extranéité	Français	Etrangers	% d'étrangers
1993	33 880	15 322	31,1 %	55 253	26 948	32,8 %
1994	35 683	15 249	29,9 %	57 644	27 040	31,9 %
1995	37 001	15 140	29 %	57 110	24 288	29,8 %
1996	37 115	15 035	28,8 %	56 063	22 715	28,8 %
1997	32 217	13 975	27,3 %	54 878	20 220	26,9 %
1998	37 536	12 673	25,2 %	54 577	17 191	24 %
1999	37 252	11 609	23,8 %	55 565	16 607	23 %
2000	35 928	10 406	22,5 %	49 145	15 152	23,6 %
2001	35 098	9 871	22 %	47 987	14 664	23,4 %
Evolution 2001/1993	+ 3,6 %	- 35,6 %		- 13,2 %	- 45,6 %	
2002	37 960	10 614	21,9 %	56 585	18 402	24,5 %
Evolution 2002/2001	+ 8,2 %	+ 7,5 %		+ 17,9 %	+ 25,5 %	
2003	41 820	11 772	22 %	/	/	/
2004	43 248	12 052	21,8 %	/	/	/
2005	43 860	11 579	20,9 %	63 698	17 939	22 %
2006	44 780	11 184	20 %	64 561	17 405	21,2 %
2007	46 742	11 140	19,2 %	68 016	17 232	20,2 %
Evolution 2007/2008	23,1 %	5 %		20,2 %	- 6,4 %	

Tableau 15 : Evolution de la population carcérale métropolitaine et des incarcérations selon l'extranéité (/ = non disponible) ^[25].

Cette diminution peut être corrélée à la baisse des incarcérations des étrangers. Celles-ci définissant 3 périodes (Figure 8) :

PERIODE 1 : DE 1993 A 2001

Les incarcérations des étrangers ont diminué de 38,6 % entre 1994 et 1999 et de 12 % entre 1999 et 2001.

PERIODE 2 : LE SURSAUT DE 2002

Cette année correspond à un accroissement majeur des incarcérations des étrangers de 25 % contre 18 % pour les nationaux.

PERIODE 3 : DE 2002 A 2007

Au cours de cette période, le nombre d'étrangers incarcérés a de nouveau diminué, représentant en 2007 20,2 % des incarcérations contre 24,5 % en 2002.

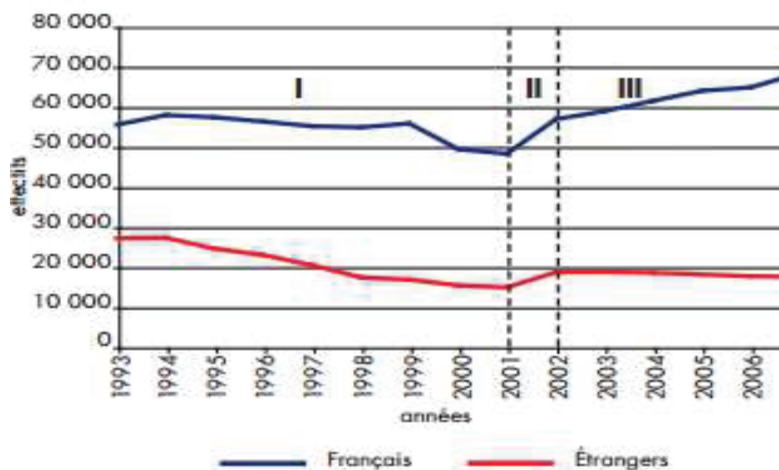


Figure 8: comparaison entre l'évolution annuelle des incarcérations des français par rapport à celle des étrangers entre 1993 et 2007 (Source : données du fichier national des détenus (DAP-PMJ) ^[25]).

L'étude montre que le nombre d'étrangers incarcérés diminuait au fil des années. La baisse du nombre d'étrangers détenus a modifié le profil sociodémographique et pénal des entrants.

- Le profil socio démographique

Le tableau 16 nous montre que le nombre d'incarcérations des étrangers venus de pays d'Afrique a considérablement diminué puisqu'ils sont passés de 5 538 incarcérations en 1993 à 3 070 en 2007.

Mais en contrepartie, le nombre d'incarcérations d'étrangers en provenance des pays européens a augmenté passant de 2 557 en 1993 à 3 848 en 2007, s'expliquant par la libre circulation en Europe et de l'adhésion de nouveaux états membres.

	1993		2001		2007	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
Total	26 948	100 %	14 664	100 %	17 232	100 %
Pays Union européenne*	2 557	9,5 %	1 522	10,4 %	3 848	22,3 %
dont Italie	-		261	1,8 %	243	1,4 %
Portugal	-		561	3,8 %	678	3,9 %
Pays hors Union européenne	1 313	4,9 %	2 041	13,9 %	2 036	11,8 %
Pays du Maghreb	15 250	56,6 %	6 519	44,5 %	6 280	36,4 %
Pays d'Afrique	5 538	20,6 %	2 715	18,5 %	3 070	17,8 %
Pays d'Amérique	262	1,0 %	375	2,6 %	424	2,5 %
Pays d'Asie, Océanie...	1 971	7,3 %	1 306	8,9 %	1 480	8,6 %
Non déclaré	18	0,1 %	132	0,9 %	50	0,3 %
Apatriote	39	0,1 %	54	0,4 %	46	0,3 %

Tableau 16: Evolution de la répartition des incarcérations selon la nationalité en 1993, 2001 et 2007, en métropole (Source : données du fichier national des détenus (DAP/PMJ) ^[25]).

- Le profil pénal des étrangers incarcérés (Tableau 17)

En 1993, les infractions à la législation sur les étrangers (ILE) étaient majoritaires (9 461 incarcérations) contre 3 065 incarcérations en 2007. Ces chiffres englobent toutes les ILE commises, qu'il s'agisse d'étrangers ou pas (par exemple un français qui aide à l'entrée et au séjour).

En 2007, les 3 065 incarcérations pour ILE se répartissent comme suit : 57 % d'infractions sur l'entrée et le séjour, 33 % d'infractions à une mesure d'expulsion, interdiction de territoire ou de reconduite à la frontière et 10 % d'infractions pour aide à l'entrée et au séjour. Cependant, l'ILE en infraction unique fait de moins en moins l'objet d'une incarcération mais de plus en plus d'un traitement administratif.

	1993		2001		2007		évolution relative 2007/1997
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%	
Dél. poli. étrang. y comp. inf. ar. exp. (ILE)	9 461	35 %	2 850	19 %	3 065	18 %	- 68 %
Faux et usage de faux (public et privé)	967	4 %	425	3 %	919	5 %	- 5 %
Stupéfiant	4 577	17 %	1 999	14 %	1 348	8 %	- 71 %
Circulation routière	469	2 %	630	4 %	1 474	9 %	214 %
Autres délits réglementaires	1 271	5 %	993	7 %	2 216	13 %	74 %
Crimes (sauf viols)	742	3 %	628	4 %	792	5 %	7 %
Violences volontaires contre les personnes	951	4 %	784	5 %	2 183	13 %	130 %
Viols	321	1 %	316	2 %	292	2 %	- 9 %
Atteintes aux mœurs	275	1 %	276	2 %	292	2 %	6 %
Autres atteintes aux personnes et à la famille	373	1 %	602	4 %	479	3 %	28 %
Vols avec violence et aggravés	2 008	7 %	2 374	16 %	2 188	13 %	9 %
Vols simples	3 501	13 %	1 287	9 %	768	4 %	- 78 %
Recels	1 008	4 %	656	4 %	673	4 %	- 33 %
Autres biens	1 024	4 %	844	6 %	499	3 %	- 51 %
Non renseignés					45	0 %	
Ensemble	26 948	100 %	14 664	100 %	17 232	100 %	- 36 %

Tableau 17 : Répartition des incarcérations d'étrangers selon l'infraction principale entre 1993 et 2007 (Source : données du fichier national des détenus (DAP/PMJ) ^[25]).

Cette étude montre aussi que les étrangers détenus bénéficient moins souvent d'aménagement de peine que les nationaux (Tableau 18).

Au 1^{er} Juillet 2007, la population carcérale écrouée était constituée de 51 310 français et de 13 199 étrangers ^[159].

En 2007, 2 651 étrangers ont bénéficié d'un aménagement de peine contre 18 562 français (Tableau 18).

La population carcérale étrangère est moins représentée que la population française, ce qui explique le nombre plus faible d'aménagements de peine.

L'aménagement de peine par libération conditionnelle est largement utilisé pour les étrangers (48,1 % des aménagements de peine des étrangers). Ce fait peut être expliqué par la notion libération « conditionnelle-expulsion » ^[25, 119] : « lorsqu'un étranger condamné à une peine privative de liberté est l'objet d'une mesure d'interdiction du territoire français, de reconduite à la frontière, d'expulsion ou d'extradition, sa libération conditionnelle est subordonnée à la condition que cette mesure soit exécutée » (Art 729-2 du CPP).

	Français		Etrangers	
	effectifs	%	effectifs	%
Placement extérieur	1 929	10,4%	171	6,5%
Placement sous surveillance électronique	7 087	38,2%	615	23,2%
Semi-liberté	4 599	24,8%	590	22,3%
Libération conditionnelle	4 947	26,7%	1 275	48,1%
Ensemble des aménagements de peine accordés	18 562	100%	2 651	100%

Tableau 18 : Comparaison de la répartition des aménagements de peines accordés en 2007 pour des détenus français et les détenus étrangers (Source : extraction des bases locales GIDE, DAP/PMJ) ^[25].

Parmi l'ensemble des sortants de prison étrangers en 2007, 16 % faisaient l'objet d'une mesure complémentaire (interdiction de territoire définitive ou temporaire ou reconduite à la frontière). Certains détenus condamnés à une ITF sont placés en rétention administrative à leur sortie de détention si l'éloignement n'est pas immédiatement possible (6 % de décisions préfectorales de placement en rétention en 2007) ^[25].

L'éloignement peut ne pas correspondre à la date d'incarcération dans plusieurs cas de figure :

- si le détenu étranger n'a pas de documents établissant avec certitude sa nationalité, cela empêche tout éloignement. Les services de la police aux frontières vont alors tenter de déterminer la nationalité du condamné. En cas d'échec, la préfecture sollicitera le consul du pays supposé. Ce dernier, à l'issue de ses opérations délivrera ou non un laissez-passer. Ces opérations ne sont parfois pas possibles pendant l'incarcération, ce qui explique le placement en rétention administrative.
- parfois lors de la libération le consul n'a pas encore délivré de laissez-passer, il se peut aussi qu'aucun moyen de transport ne soit disponible au moment de la libération d'où le placement en rétention administrative.

Il faut aussi signaler qu'un étranger en situation irrégulière condamné à une peine de prison sans ITF peut être au moment de sa libération placé en rétention par le Préfet compte tenu de sa situation administrative.

Au 1^{er} Janvier 2015, 19 % de la population carcérale était étrangère ^[39].

22 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES DETENUS ETRANGERS

La situation des étrangers détenus appelle à des mesures particulières, afin d'assurer la mise en œuvre du principe d'égalité en prison et éviter des conditions d'incarcération inhumaines ou dégradantes ^[43,119].

La commission d'enquête du sénat en 2000 ^[58], a constaté que les étrangers étaient particulièrement défavorisés en prison. Dans la plupart des cas, ils sont indigents et n'ont que la ressource de travailler au service général ou de dépendre du bon vouloir de leurs codétenus, en échange de compensations de toutes sortes. Les conditions d'incarcération des étrangers peuvent être considérées comme discriminatoires.

La Ligue des Droits de l'Homme ^[43] a dénoncé en 1998 les difficultés particulières rencontrées par les étrangers en détention : rupture des liens familiaux, problèmes de communication entraînant une ignorance du droit, difficultés d'accès aux biens et services, différences culturelles et/ou religieuses les mettant en porte à faux avec la gestion du quotidien, emploi du temps, nourriture, vêtements, culte, actes ou paroles racistes de la part de certains surveillants et de certains codétenus, créant une situation d'exclusion ou de violence permanente.

Le CPP, dans son article D91, stipule que « *le choix des détenus à placer en commun et leur répartition à l'intérieur de chaque maison d'arrêt incombent personnellement au chef de l'établissement [...]* ».

22.1 LA COMMUNICATION ET L'ACCES A L'INFORMATION

Le problème de la langue est une des principales difficultés des étrangers incarcérés et multiplie la vulnérabilité propre de la personne détenue ^[119]. Le recours à un interprète est très rare ^[43] et pourtant il peut être utile au regard des exigences ^[31] de confidentialité. Le recours à un interprète extérieur à l'administration pénitentiaire n'a lieu que dans les cas de « nécessité absolue » appréciés par le chef de l'établissement. Les entretiens entre les détenus arrivants et les différents interlocuteurs de l'établissement pénitentiaire, les entretiens avec les personnels du SPIP, médicaux ou du SMPR ^[43] ne sont pas considérés comme une « nécessité absolue » (Art D 506 du CPP).

En pratique, le plus souvent la traduction est faite par un codétenu, ce qui peut poser des problèmes majeurs, notamment en matière de secret médical voire de la qualité des traductions. Un interprète professionnel est toujours préférable ^[119]. Sur le plan de la prise en charge sanitaire, le guide méthodologique ^[31] prévoit plusieurs possibilités : le recours à des interprètes professionnels dans le cadre d'une convention pouvant être conclue entre l'établissement de santé et un organisme d'interprétariat, le recours possible à l'association d'interprétariat professionnel dans le cadre de la convention conclue avec la Direction Générale de la Santé pour ce qui concerne le VIH, les hépatites et la tuberculose (numéro : 01 53 26 52 62).

La plupart des documents d'information ne sont, généralement, pas traduits en d'autres langues que le français, ce qui pose des problèmes d'accès aux droits des étrangers ^[43] ne permettant pas de bénéficier d'avantages auxquels ils auraient droit ^[119].

L'article 23 de loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ^[78], prévoit que l'information à l'étranger de ses droits est dispensée oralement dans une langue compréhensible, ainsi que la remise d'un livret d'accueil ^[119]. Il faudrait donc veiller à la distribution des traductions du guide de l'administration « je suis en détention », délivrer des fascicules avec des pictogrammes, et favoriser le canal vidéo interne ^[119].

De plus l'illettrisme est un problème majeur en détention. En 2000, 17 % des étrangers en situation irrégulière se déclaraient illettrés dans leur langue maternelle ^[43]. Or, en détention, une demande écrite est exigée pour rencontrer le personnel médical, le travailleur social ou pour d'autres démarches (demande d'aide juridique ...).

22.2 L'ALPHABETISATION ET L'ENSEIGNEMENT

L'accès à l'enseignement est un droit fondamental des détenus. Les détenus étrangers rencontrent les mêmes problèmes que les détenus français : trop peu de cours proposés, trop peu de place, problème d'incompatibilité entre l'enseignement et le travail, certains délaissant l'enseignement au profit de la rémunération d'un travail ^[43].

22.3 L'INDIGENCE, LE TRAVAIL, LA SECURITE SOCIALE ET LA RETRAITE

Les détenus étrangers peuvent travailler en prison. L'offre de travail en prison apparaît pour la CNDH à la fois insuffisante en quantité, pour garantir un minimum de ressources, et en qualité, pour inscrire le travail dans une démarche à la fois qualifiante et pédagogique préparant à la réinsertion ^[43].

Les détenus étrangers, comme les autres détenus, sont affiliés au régime de la sécurité sociale jusqu'au terme de leur détention et bénéficient ainsi que leurs ayants droit des prestations sociales pendant un an après la libération. Mais, les étrangers en situation irrégulière ne bénéficient que pour eux-seuls des prestations sociales, leurs ayants droit ne pouvant donc en bénéficier. Ils ne bénéficient pas non plus du maintien des droits après la libération. Lors de la sortie de détention, les détenus récupèrent leur pécule au greffe. Et le dernier salaire leur est restitué dans les semaines suivant la libération.

Les détenus percevant ^[27] un salaire en détention sont rémunérés de la façon suivante sur un compte nominatif, après que l'administration pénitentiaire percevant la rémunération ait versé les cotisations sociales : 10 % constituent le pécule de libération, 10 % sont destinés à l'indemnisation des parties civiles et des créanciers d'aliments et 80 % sont placées sur la part disponible aux détenus.

22.4 LES LIENS FAMILIAUX

Le maintien des liens familiaux est un droit fondamental du détenu.

- La correspondance : les lettres écrites dans une langue étrangères peuvent être traduites pour contrôle ce qui engendre des délais d'acheminement supplémentaires

(Art R57-8-18 du CPP).

L'incapacité de l'administration pénitentiaire à comprendre une lettre en langue étrangère pour en vérifier le contenu ne doit jamais conduire à l'absence d'acheminement de cette lettre à son destinataire.

- Le parloir : un surveillant doit être présent lors des parloirs entre le détenu et ses proches et doit pouvoir comprendre les conversations.

Les détenus et leurs visiteurs doivent s'exprimer en français ou dans une langue que le surveillant est en mesure de comprendre. En cas contraire, la visite n'est autorisée que si le permis délivré prévoit expressément que la conversation peut avoir lieu dans une langue autre que le français (*Art R57-8-15 du CPP*).

Des difficultés sont signalées pour les visites au parloir de familles en situation irrégulière, car l'absence de titre de séjour valable peut entraîner un refus de visite ^[43]. La CNCDH rappelle que le titre de séjour ne peut être demandé pour d'accord d'un permis de visite ou l'accès au parloir ^[43].

- Le téléphone : La décision d'autoriser, de refuser, de suspendre ou de retirer d'accès au téléphone est prise par le chef de l'établissement pénitentiaire (*Art R57-8-23 du CPP*).

22.5 LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET RELIGIEUSE

Les étrangers incarcérés doivent pouvoir disposer d'un accès égal, aux autres détenus, à leur religion, par l'intermédiaire des aumôniers ^[43] (*Art R57-9-3 et R 57-9-4 du CPP*).

22.6 LE « TRI ETHNIQUE »

Bien que dénoncé par Daniel Defert et le Groupe d'information sur les prisons, il y a déjà plusieurs décennies, ce phénomène semble rester d'actualité. Le « tri ethnique » est justifié par l'administration pénitentiaire, par le souci de limiter les conflits et parce qu'il correspondrait au souhait des détenus de se regrouper par affinités de langue ou de pratiques religieuses ^[43].

La CNCDH ^[43] rappelle que le regroupement avec des codétenus de même nationalité, origine ou confession ne peut résulter que du choix individuel du détenu et en aucun cas de raison de gestion de la population carcérale.

22.7 L'ACCES AUX DROITS

Les SPIP sont largement démunis face aux détenus étrangers ^[43]. La loi du 26 novembre 2003 ^[76], relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la

nationalité, donne un intérêt partiel à l'intervention du SPIP dans le suivi des détenus étrangers. Les conseillers d'insertion et de probation sont incités à tenter d'apporter une information, une assistance ou une expertise juridique aux détenus étrangers, ce qui ne rentre pas à proprement parlé dans leurs missions. Face à l'ensemble des difficultés rencontrées par les SPIP dans l'accompagnement des détenus étrangers (surpopulation carcérale, insuffisance de formation à la législation des étrangers ...), les associations d'aide aux étrangers sont de plus en plus sollicitées pour venir en aide aux détenus (organisation de formations, informations, répondre à une situation individuelle ...).

A partir de 1998 et surtout en 2001, les Conseils départementaux d'accès aux droits ont créé les « Points d'accès au droit » en milieu pénitentiaire avec la mise en place de permanences d'avocats et d'intervenants d'association.

En ce qui concerne le renouvellement des titres de séjour ou l'obtention, la circulaire du 25 mars 2013 ^[116] ne prévoit plus la présentation personnelle de l'étranger à la préfecture, mais les conventions nécessaires ne sont pas encore toutes signées ^[119]. Dans ce cas, le JAP peut accorder des permissions de sortir afin que l'étranger puisse déposer son dossier à la préfecture.

22.8 L'ÉLOIGNEMENT DU TERRITOIRE FRANÇAIS COMME SEULE OPTIQUE APRES LA DETENTION

Les mesures d'éloignement du territoire national peuvent être prononcées en tant que peine principale ou peine complémentaire. Cette spécificité concernant les étrangers en prison complique la mise en place de travail d'aide à la réinsertion. Les étrangers subissent un isolement en détention du fait d'être écartés de ces dispositifs sociaux, selon la CNDH ^[43].

La loi du 26 novembre 2003 ^[76], relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, stipule (*Art 78, 82 et 83*) :

- Des catégories d'étrangers protégés contre une mesure d'éloignement.
- Qu'une peine d'interdiction du territoire complémentaire d'une peine d'emprisonnement n'empêche plus, aux fins de préparation d'une demande de relèvement de la mesure d'éloignement, de prononcer des mesures de semi-liberté, de placement à l'extérieur, de placement sous surveillance électronique ou de permission de sortir.

- Que le JAP peut accorder une libération conditionnelle à un étranger faisant l'objet d'une peine complémentaire d'ITF, en ordonnant la suspension de l'exécution de cette peine pendant la durée de la mesure d'assistance et de contrôle. A l'issue de cette durée, si la décision de mise en liberté conditionnelle n'a pas été révoquée, l'étranger est relevé de plein droit de la mesure d'interdiction du territoire.
- Une requête en relèvement de l'interdiction du territoire peut être recevable avant le délai de six mois prévu par l'article 702-1 du CPP, lorsque l'étranger doit être remis en liberté avant ce délai. La demande doit alors être déposée au cours de l'exécution de la peine.

22.9 LA LIBERATION CONDITIONNELLE ET L'ÉLOIGNEMENT

Le CPP stipule dans son article 729-2 que « *lorsqu'un étranger condamné à une peine privative de liberté est l'objet d'une mesure d'interdiction de territoire français, de reconduite à la frontière, d'expulsion, d'extradition, sa libération conditionnelle est subordonnée à la condition que cette mesure soit exécutée. Elle peut être décidée sans son consentement* ».

Une forme particulière de libération « conditionnelle-expulsion » a donc été définie, qui permet, à la demande du détenu ou de l'administration, de prononcer une libération conditionnelle entraînant l'éloignement immédiat du territoire ^[119].

23 LA SANTE DES DETENUS ETRANGERS

23.1 LA SANTE DES MIGRANTS

La France fait état d'environ de 4 089 milliers d'étrangers en 2013, représentant 6,2 % de la population, qui résident en France, selon l'INSEE. Selon l'INSEE, en 2006, il était estimé qu'environ 300 000 étrangers seraient en situation irrégulière sur le territoire français ^[26,68, 160]. La France est depuis longtemps un pays d'immigration. Les migrants y forment une population hétérogène et vulnérable au niveau médico-social et juridique.

Malheureusement, les données épidémiologiques en matière de pathologies restent rares. Le migrant, lorsqu'il arrive dans le pays d'accueil est exposé à de nombreuses difficultés

administratives, juridiques, économiques et sociales, ce qui l'amène le plus souvent à délaisser sa santé.

L'INVS ^[161] tente d'établir des données épidémiologiques sur la santé des migrants. Pour l'heure, il apparaît clairement que les taux de prévalence de certaines pathologies (en particulier le VIH, les hépatites virales et la tuberculose) sont plus élevés dans la population « étrangère » que dans le reste de la population.

Selon le rapport de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations¹⁶ (ANAEM) ^[23], réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires de mai et à novembre 2005, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident. Les résultats des bilans de santé proposés par le COMEDE à vingt mille patients exilés, suivis entre 2000 et 2006, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies : psycho-traumatismes, maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 % des cas) et maladies chroniques.

Une étude de l'IRDES ^[24,28] menée entre 2002 et 2003 montre l'existence des inégalités face à la santé des personnes étrangères expliquées principalement par la situation sociale difficile de ces personnes.

L'étude met aussi en évidence un effet à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays d'origine (et du pays d'accueil). L'enquête part du principe que les migrants ont une meilleure santé que les personnes de leur pays, car ils sont jugés plus aptes à migrer. Cependant, la migration présente un effet délétère à long terme du fait de l'isolement et du déracinement. Les conditions de travail des immigrés jouent aussi un rôle sur leur état de santé, du fait qu'ils exercent le plus souvent des métiers pénibles.

Le Bulletin épidémiologique du 17 janvier 2012¹⁷, fait le constat suivant : dans les années 80, l'état de santé des immigrés était considéré comme meilleur que celui des français, mais les études des années 2000 apportent des résultats contradictoires, en suggérant un moins bon état de santé des immigrés dû aux modifications des conditions d'accueil et à une migration moins sélective que dans d'autres pays.

¹⁶ En 2009, l'ANAEM devient l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

¹⁷ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Santé et recours aux soins des migrants en France, 17 janvier 2012.

Ces résultats tendant à montrer que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence augmente sur le territoire français. Il apparaît alors que les immigrés originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne ont un meilleur état de santé que l'Europe du Sud et l'Afrique du Nord. Les ressortissants d'Europe de l'Est déclarent plus souvent un moins bon état de santé que les autres groupes d'immigrés.

Une étude réalisée en 2007 ¹⁶, auprès des bénéficiaires de l'AME montre que 25 % des immigrés déclarent renoncer aux soins à cause principalement de difficultés financières.

La population de migrants est exposée à trois pathologies lourdes voire chroniques nécessitant un traitement prolongé ¹⁶. Il s'agit de la tuberculose maladie, de l'infection par le VIH et l'infection par le VHB. Ces trois pathologies sont très présentes en Afrique subsaharienne. En Asie et en Europe de l'Est, la prévalence est plus importante pour le VHB et la tuberculose. Les prévalences du VIH et de la tuberculose sont plus faibles en Europe de l'Ouest et en Afrique du Nord.

L'INFECTION PAR LE VIH¹⁶ : En 2009, environ la moitié (48 %) des 6 700 découvertes de VIH concernaient des migrants. Le taux de découverte de séropositivité VIH en 2009 était dix fois plus élevé chez les migrants que chez les non-migrants. La part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70 % des migrants découvrant leur séropositivité VIH en étaient originaires. Le recours au dépistage du VIH était beaucoup trop tardif chez les migrants nés en Asie ou en Afrique du Nord, contrairement à ceux nés en Afrique subsaharienne.

LA TUBERCULOSE¹⁶ : En 2009, 5 276 tuberculose maladie ont été déclarées dont 50 % concernaient des migrants. Un tiers des migrants déclarés pour la tuberculose étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

L'INFECTION PAR LE VHB¹⁶ : En 2009, sur les 1 715 patients pris en charge au sein des pôles de référence pour une hépatite B chronique, les trois-quarts était des migrants, dont plus de la moitié étaient originaires d'Afrique subsaharienne (54 %), du Sénégal, du Congo, de Guinée, du Cameroun et du Mali. Il existe une classification en fonction de la prévalence de l'AgHBS :

- forte en endémie (≥ 8 %) : Afrique subsaharienne et Asie,
- endémie modérée (2-8 %) : Afrique du Nord, Moyen Orient, Europe du Sud, Europe de l'Est, Amérique du Sud et Caraïbes,

- endémie faible (< 2 %) : Europe du Nord et de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie, et Nouvelle-Zélande.

En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool ¹⁶, la portion de migrants est plus faible (6,7 %) que chez les français (14,3 %).

En ce qui concerne le diabète ¹⁶, une étude réalisée en 2002-2003 uniquement sur la population originaire du Maghreb a montré que la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ou non était plus élevée chez les migrants (14 %) que chez les français (7,5 %).

Les migrants originaires d'Afrique Centrale, d'Afrique de l'Est, d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest sont les plus touchés par les psycho-traumatismes, selon une étude menée entre 2004 et 2010 ¹⁶.

23.2 LA SANTE DES DETENUS

Au 1^{er} janvier 2015, 66 270 personnes étaient écrouées détenues, dont l'âge moyen était de 34,6 ans ^[39].

L'état de santé des détenus apparaît fragilisé en raison d'un recours aux soins plus faible et de comportement à risque plus élevé avant leur détention (partenaires sexuels multiples, usage de drogues) ainsi que des troubles mentaux déjà préexistants à la détention ^[162]. Ces facteurs de risques déjà présents avant l'incarcération sont potentialisés lors de la mise en détention en raison de la surpopulation carcérale, du confinement, du manque d'hygiène et de la sédentarité.

La prévalence chez les personnes détenues par rapport à la population générale est plus élevée pour certaines pathologies comme les maladies infectieuses, les pathologies psychiatriques et les addictions ^[162]. De plus, le vieillissement de la population carcérale laisse émerger une augmentation des pathologies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses.

Lors de la visite d'entrée en détention, les médecins estiment que la grande majorité des détenus entrants (environ 80 %) ont un état de santé jugé « bon » ^[19].

Afin d'exposé l'état de santé des détenus, nous nous sommes basés sur le rapport d'étude sur l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France ^[163] et à l'étranger de l'INVS, sur la santé des personnes entrées en prison en 2003 : études et résultats par la DREES et sur l'étude Cemka-éval de 2004 et l'étude PREVACAR [17, 30].

- Les addictions

- le tabac

Les études s'accordent à dire que la majorité des détenus sont des consommateurs réguliers de tabac, à environ 20 cigarettes par jour (55,4 % dans l'étude de la DREES, de 78 % dans le rapport de la l'INVS).

- L'alcool

Les études estiment qu'environ 20 à 30 % des détenus ont une consommation régulière d'alcool estimée entre 3 et 5 verres par jour.

- les drogues illicites :

- Le cannabis : environ 30 % des détenus déclarent fumer ou avoir fumé du cannabis lors des 12 derniers mois précédant l'incarcération. Cette forte proportion à l'usage du cannabis peut être reliée au fait que l'incarcération pour « infraction à la législation sur les stupéfiants » représente (selon les statistiques de l'administration pénitentiaire) le 3^{ème} motif d'incarcération et au fait que l'usage du cannabis est largement plus fréquent que l'usage des autres drogues illicites (cocaïne, héroïne ...) ^[19].
- L'héroïne : 6,5 % des entrants en détention déclarent avoir consommé de l'héroïne dans l'année précédant l'incarcération et 7 % des entrants déclarent bénéficier d'un TSO. La prévalence des TSO est estimée selon l'étude PREVACAR ^[30] à 7,9 % dont 68,5 % sous Buprénorphine Haut Dosage et 31,5 % sous chlorhydrate de Méthadone.
- La cocaïne et autres produits : 7,7 % des entrants en détention affirment avoir consommé de la cocaïne dans l'année précédant l'incarcération et 4 % affirment avoir consommé d'autres produits (LSD, ecstasy ...).

- Les maladies somatiques

- Les maladies infectieuses

- Le VIH : la prévalence de l'infection par le VIH est plus importante dans la population carcérale que dans la population générale (environ 2 % dans la population carcérale selon l'étude PREVACAR et 0,2 % dans la population générale). Seuls 40 % des entrants en détention, affirment avoir déjà fait un test de dépistage avant leur incarcération (enquête de la DRESS)
- Le VHC : l'étude PREVACAR estime que 4,8 % des détenus sont atteints de l'hépatite C, et l'étude menée par la DRESS montre que 3,1 % des entrants en détention déclarent être séropositifs au virus de l'hépatite C.
- Le VHB : la séropositivité de l'hépatite B est estimée à 0,8 % des entrants en détention en 2003 selon l'étude de la DRESS.

La prévalence plus faible de l'infection par le virus de l'hépatite B en milieu carcéral vient du fait d'un programme de vaccination largement utilisé sur le territoire français.

Parmi les entrants en détention en 2003, 31,3 % déclarent avoir eu une vaccination complète contre l'hépatite B avant leur incarcération.

- La tuberculose : selon le plan d'action stratégique 2010-2014 ^[164], l'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale.

En 2003, 42 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire pour une population carcérale de 58 500 détenus en France et en 2009, 57 cas avaient été diagnostiqués en milieu carcéral ^[28].

En 2013, le taux estimé de déclarations parmi les personnes incarcérées était de 91,6/10⁵

(Bulletin hebdomadaire épidémiologique : l'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013).

- Les maladies chroniques et les affections dentaires

Les études ^[163] s'accordent à dire que la prévalence des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diabète, cancers ...) et des affections bucco-dentaires sont peu étudiées dans la population carcérale ^[163] (Bulletin hebdomadaire épidémiologique :

la santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature, novembre 2013).

Il faut noter que le vieillissement de la population carcérale génère de nouveaux besoins dus aux maladies chroniques.

Concernant l'état de santé bucco-dentaire, l'étude de la DRESS en 2003 a montré que 47,3 % des entrants en détention avaient un état bucco-dentaire jugé bon, 50 % nécessitaient des soins dentaires à programmer et 2,7 % nécessitaient des soins dentaires en urgence.

- Les maladies psychiatriques

Selon l'étude Cemka-éval en 2004, 38,4 % des détenus en maison d'arrêt avaient déjà consulté un professionnel pour un motif psychiatrique avant leur incarcération dont la majorité (60,8 %) avait un suivi régulier par un psychologue ou un psychiatre. Dans cette étude, 18,4 % des détenus en maison d'arrêt avaient déjà été hospitalisés pour des motifs psychiatriques.

- Le suicide et les tentatives de suicide

L'étude Cemka-éval de 2004 met en évidence que 38,4 % des détenus en maison d'arrêt présentent un risque suicidaire, dont 54,9 % présentent un risque suicidaire élevé.

Il n'existe pas de données françaises quant à la prévalence des actes auto-agressifs en milieu carcéral, cependant les études font état d'antécédents chez 10 à 13,5 % des personnes incarcérées en France.

- Les troubles mentaux

Selon cette même étude Cemka-éval, 84,4 % des détenus en maison d'arrêt auraient au moins un trouble psychiatrique : 57,8 % auraient un trouble anxieux (dont 33,1 % de trouble anxieux généralisé), 51,3 % auraient un trouble thymique (dont 43,3 % souffriraient d'un syndrome dépressif) et 22 % auraient un trouble psychotique (dont 7,8 % seraient schizophrènes et 7,8 % de psychose chronique non schizophrénique).

L'étude montre aussi que la majorité des détenus en maison d'arrêt ne sont pas atteints de trouble de la personnalité (68,8 %), il ressort que seul 5 % sont atteints de trouble de la personnalité sévère et 15,9 % de trouble de la personnalité légère.

- Les traitements

Selon l'étude de la DRESS en 2003, les détenus entrants déclaraient pour 12 % d'entre eux bénéficier d'un traitement psychotrope par anxiolytiques ou hypnotiques et le rapport de la DASS en 2006 fait état de 13,5 % des détenus sous ce type de traitements. Seuls 5,1 % des entrants en détention en 2003 seraient sous traitement antidépresseur et 4,5 % sous traitement neuroleptique.

- Le « handicap »

Le milieu carcéral apparaît comme un lieu où le « handicap » est fortement représenté du fait que la population carcérale vieillit ^[58].

En 1997, Maud Guillonnet et Annie Kensey font le constat du manque de données sur l'état de santé des détenus et en particulier sur leur handicap « *bien que les handicapés constituent une évidente catégorie qui a des besoins spécifiques, les données quantitatives les concernant ne sont pas disponibles* » ^[14]. C'est de ce constat qu'est née l'enquête « HID » (handicap, incapacité, dépendance) ^[153].

Une étude menée par l'INSEE en 2001 ^[14], « Handicaps, incapacités, dépendances » en prison, s'intéresse particulièrement au problème du « handicap » en prison, en le comparant à la population générale. Tout d'abord, il faut faire la différence entre « déficience », « incapacité » et « handicap / désavantage », en voici les définitions:

- la déficience est définie comme une altération d'un organe ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique,
- l'incapacité correspond à une réduction (partielle ou totale) de la capacité à accomplir une activité qualifiée d'élémentaire (se laver, s'habiller, se déplacer, communiquer ...),
- le désavantage est une réduction (partielle ou totale) de la capacité à accomplir un rôle social (emploi, relations sociales...),
- le handicap est la « somme » de la déficience, de l'incapacité et du désavantage.

Cette étude nous montre que 67,8 % des détenus déclarent avoir au moins une déficience (32,8 % dans la population « libre ») :

- déficience intellectuelle ou psychique (trouble du comportement, de la personnalité, désorientation temporelle ...) : 44,7 % (14,6 % dans la population libre),
- déficience motrice : 24,6 % (11,3 % dans la population libre),
- déficience viscérale ou métabolique (cardio-vasculaire, respiratoire, digestive) : 20,3 % (8,8 % dans la population libre),
- déficience auditive : 10,9 % (5 % dans la population libre),
- autres déficiences : 9,6 % (3 % dans la population libre) dont problèmes dentaires : 5,7 % (chiffre non défini dans la population libre),
- déficience visuelle : 9,5 % (4,3 % dans la population libre),
- déficience du langage ou de la parole : 4,7 % (1,4 % dans la population libre).

L'étude nous montre que 29 % des détenus interrogés se disent limités dans leurs activités en raison d'un problème de santé, contre 4,8 % dans la population libre. Il ressort donc de cette étude que le handicap est plus fréquent en milieu carcéral.

Les situations de « handicap » doivent être prises en compte par le personnel médical de l'établissement pénitentiaire afin d'aider au mieux les détenus. Des améliorations peuvent être entreprises afin d'appareiller un plus grand nombre de détenus ou de leur proposer une aide (physique ou matérielle) dans certaines situations de la vie quotidienne.

C'est pourquoi, lors de l'exécution de leur peine, les détenus « handicapés » doivent pouvoir bénéficier des prestations (allocation adulte handicapé, allocation compensatrice pour tierce personne, aide personnalisée à l'autonomie) et des conditions de détention adaptées à leur état (*Circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale*).

23.3 L'IMPACT DE LA DETENTION SUR LA SANTE

Plusieurs facteurs sont connus pour avoir un impact sur l'état de santé des détenus :

- L'état de santé avant l'incarcération

Le milieu carcéral accueille une population plutôt défavorisée : échec scolaire, familial, financier. Même si l'état de santé à l'arrivée en détention est jugé « bon » par les médecins des unités sanitaires, la population carcérale est une population exposée à la consommation de drogues, d'alcool, de tabac et amène donc son lot de pathologies associées : VIH, hépatites, troubles psychiatriques ...

Il est aussi bien connu que l'état bucco-dentaire des détenus à l'arrivée en détention est déplorable avec une majorité de détenus ayant besoin de soins non urgents.

- La période d'incarcération et la détention provisoire

La période de l'incarcération peut être vécue comme traumatisante par le détenu en fonction de la violence de l'interpellation et de la garde à vue, surtout lorsqu'il s'agit d'une « primo-incarcération ». L'étude HID-prison ^[153] montre que 55 % des troubles repérés à l'entrée en détention sont des troubles anxieux.

La période de détention provisoire est une période à fort risque suicidaire puisque la moitié des suicides concernent les prévenus ^[62].

- Les conditions de détention ^[59]

Les conditions propres à la détention pouvant influencer sur l'état de santé des détenus sont :

- la surpopulation et la promiscuité

Le problème de la surpopulation des maisons d'arrêt entraîne une promiscuité accrue entre les détenus pouvant être vécue comme une agression psychologique. Le fait d'avoir trois ou quatre détenus dans une seule cellule ne permet pas le respect de l'intimité et de la dignité des personnes. Il est alors facile d'envisager l'impact sur l'état de santé psychique des détenus de ces situations sur le long terme. Cette promiscuité peut être le facteur privilégié de la propagation de certaines pathologies infectieuses : tuberculose, gale, pédiculose ...

- les locaux

Il est prévu dans le CPP que les établissements pénitentiaires doivent être dans des conditions de sécurité et d'hygiène satisfaisantes. En particulier les locaux où vivent les détenus doivent être correctement éclairés, chauffés, aérés et les installations sanitaires doivent être propres et décentes (Art D349, D350, D351 du CPP).

- l'hygiène

Les détenus ont, en théorie, le droit à trois douches par semaines et après les séances de sport et au retour du travail.

Mais le manque d'hygiène des douches collectives et leur nombre insuffisant peuvent dans certains cas décourager les détenus à se doucher, se mettant ainsi dans des conditions d'hygiène douteuses.

- la nourriture

« Chaque personne détenue reçoit une alimentation variée, bien préparée et présentée, répondant tant en ce qui concerne la qualité que la quantité aux règles de la diététique et de l'hygiène, compte tenu de son âge, de son état de santé, de la nature de son travail et, dans toute la mesure du possible, de ses convictions philosophiques ou religieuses. Le régime alimentaire comporte trois distributions par jour. Les deux principaux repas sont espacés d'au moins six heures. La personne détenue malade bénéficie du régime alimentaire qui lui est médicalement prescrit » ^[56].

Les quantités peuvent parfois être insuffisantes en fonction de l'activité du détenu, certains préféreront manger dans leur cellule des pâtes ou barres chocolatées ^[58].

- les activités :

En raison de la surpopulation, il est difficile d'organiser (surtout en maison d'arrêt) des activités collectives (promenades, sport, travail et formation). L'enseignement est souvent en concurrence avec le travail. Le travail en détention est un droit mais il est difficile à organiser en raison de partenariats insuffisants et de locaux non adaptés ^[58].

- la violence en prison ^[58]

La violence en prison peut être reliée à la promiscuité importante des détenus due à la surpopulation carcérale.

- Envers soi : automutilations, grèves de la faim, tentatives de suicide

Comme nous l'avons déjà vu, le suicide en prison est nettement plus élevé que dans la population générale. Les tentatives de suicide sont elles aussi élevées en détention. Il a été démontré que les premières semaines de détention et la période de placement en quartier disciplinaire sont plus à risque de suicide.

Les automutilations apparaissent en prison comme une manifestation de désespoir et un appel au secours de la part du détenu. Cette automutilation peut prendre la forme d'ingestion de corps étrangers (lame de rasoir, fourchette...) ou de produits toxiques.

Les grèves de la faim et/ou de la soif sont mal recensées puisque seules les grèves de plus de sept jours doivent faire l'objet d'un signalement à l'administration.

- Entre détenus :

Les agressions entre détenus sont mal connues ^[58] : racket, viols, coups et blessures, menaces ... Le racket est présent au sein des établissements pénitentiaires et apparaît comme un moyen d'échapper au travail ou de continuer à assurer son autorité. Les détenus les plus démunis et les plus fragiles subissent le racket ou quémandent un peu de cantine en échange de tâches ménagères ou autres ^[58]. Les détenus victimes d'agressions préféreront garder le silence face à l'administration pénitentiaire car « la balance », terme employé par les détenus, s'expose à des représailles parfois très graves.

Des agressions sexuelles sont commises à l'intérieur des cellules ou dans les douches collectives. Elles peuvent se faire par violence, menace ou contrainte.

- Entre les détenus et les surveillants

Les agressions des détenus envers les surveillants : elles font le plus souvent l'objet d'une répression systématique. Le détenu passera en commission de discipline. Cependant elles apparaissent en forte augmentation (278 agressions contre le personnel en 1998 contre 4 122 en 2014) ^[39, 58]. Les agressions des surveillants envers les détenus restent un phénomène exceptionnel et sont passibles de sanctions lourdes (agents pénitentiaires rétrogradés ou suspendus ...).

24 LES MIGRANTS SORTANT DE PRISON

24.1 LES MESURES D'ÉLOIGNEMENT DES ÉTRANGERS SORTANT DE PRISON

Lorsqu'un étranger est reconnu coupable pénalement d'un délit ou d'un crime, des mesures d'éloignement du territoire national peuvent être prononcées par le Juge pénal, soit en tant que peine principale soit en tant que peine complémentaire. Le Juge pénal ne peut prononcer comme mesure d'éloignement que l'ITF. Cette mesure représente une des clauses du jugement de condamnation et doit être notifiée par écrit au condamné.

L'INTERDICTION DU TERRITOIRE FRANÇAIS (ITF) : une mesure pénale (Art L541-1 du CESEDA, 131-30, 131-30-1 et 131-30-2 du CP)

La peine d'ITF est susceptible d'être prononcée contre un étranger coupable d'un crime ou d'un délit, à titre définitif ou pour une durée minimale de dix ans.

L'ITF peut être prononcée en tant que peine principale ou en tant que peine complémentaire d'une peine privative de liberté. Elle entraîne de plein droit la reconduite du condamné à la frontière ou si l'étranger est incarcéré il sera reconduit à la frontière à l'expiration de sa peine (mesure administrative qu'il appartient au Préfet de mettre en exécution).

Lorsque l'interdiction du territoire accompagne une peine privative de liberté sans sursis, son application est suspendue pendant le délai d'exécution de la peine. Elle reprend, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter du jour où la privation de liberté a pris fin.

L'ITF prononcée en même temps qu'une peine d'emprisonnement ne fait pas obstacle à ce que cette peine fasse l'objet de mesures de semi-liberté, de placement à l'extérieur, de placement sous surveillance électronique ou de permissions de sortir. Ces aménagements de peines ne peuvent être ordonnés que dans le cadre spécifique de la préparation à une demande de relèvement ^[93].

Cas permettant une protection contre l'ITF (Art 131-30-2 du CP, L541-1 du CESEDA,^[93]

L'interdiction du territoire ne peut être prononcée à l'encontre de l'étranger qui :

- réside habituellement en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de 13 ans,
- réside régulièrement en France depuis plus de vingt ans,
- réside régulièrement en France depuis dix ans et qui est marié avec un conjoint de nationalité française depuis au moins quatre ans,
- réside régulièrement en France depuis dix ans et est parent d'un enfant français mineur à condition de participer à son éducation,
- dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.

Cependant l'ITF peut être prononcée à l'encontre de ces étrangers protégés si les faits à l'origine de la condamnation ont été commis à l'encontre du conjoint ou des enfants de celui-ci.

La juridiction de jugement doit statuer par décision spécialement motivée au regard de la gravité de l'infraction et de la situation personnelle et familiale de l'étranger, s'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- parent d'un enfant mineur résidant en France, à condition qu'il contribue à l'entretien et à l'éducation de l'enfant depuis la naissance ou depuis au moins un an, dans les conditions prévues par la loi (Art 371- 2 du CC),
- marié depuis au moins trois ans avec un conjoint de nationalité française, à condition que le mariage soit antérieur aux faits ayant mené à l'incarcération, que la communauté de vie n'ait pas cessé depuis le mariage et que le conjoint ait conservé sa nationalité française,
- résidant habituellement en France depuis plus de quinze ans,
- résidant régulièrement en France depuis plus de dix ans,

- titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %.

Notion de relèvement d'interdiction du territoire français

Dans le cadre de la peine d'interdiction du territoire les modalités de recours sont différentes par rapport aux autres peines. Il s'agit de **relèvement d'interdiction**.

Il faut en faire la demande à la juridiction qui a prononcé la condamnation. Sauf lorsqu'il s'agit d'une mesure résultant de plein droit d'une condamnation pénale, la demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai de six mois après la décision initiale de condamnation. En cas d'interdiction du territoire prononcée à titre de peine complémentaire à une peine d'emprisonnement, la première demande peut toutefois être portée devant la juridiction compétente avant l'expiration du délai de six mois en cas de remise en liberté. La demande doit être déposée au cours de l'exécution de la peine (*Art 702-1 du CPP*).

La demande de relèvement ne peut avoir lieu que si l'étranger réside hors de France ou s'il subit une peine d'emprisonnement ferme (*Art L541-2 du CPP*).

En cas de rejet de la demande de relèvement ou si l'ITF est prononcée en tant que peine principale, seul un recours en grâce auprès du Président de la République est possible.

Sauf en cas de menace à l'ordre public, les étrangers résidant hors de France et qui ont été relevés de leurs peines d'ITF ou dont la peine d'ITF a été exécutée, bénéficient d'un visa pour rentrer en France, sous certaines conditions.

Il faut, au moment du prononcé de la peine, que l'étranger appartienne à l'une des catégories suivantes (résidant habituellement en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de 13 ans ou depuis plus de vingt ans, résidant régulièrement en France depuis plus de dix ans et est marié depuis au moins quatre ans avec un ressortissant français, ou est parent d'un enfant mineur résidant en France, à condition qu'il contribue à l'entretien et à l'éducation de l'enfant depuis la naissance ou depuis au moins un an) (*Art L541-4 du CESEDA*).

A la fin de l'exécution de la peine prononcée à l'encontre d'un étranger et assortie d'une ITF, l'étranger peut être placé en centre de rétention administrative ou reconduit à la frontière.

D'autres mesures d'éloignement peuvent être prises à l'encontre des étrangers sortant de prison mais elles le sont par l'autorité administrative lorsque l'autorité pénale n'a pas prononcée d'ITF.

Ces mesures d'éloignement doivent être préparées pendant l'incarcération afin d'éviter le placement en centre de rétention administrative à la libération^[93]:

- Le Procureur de la République doit s'assurer que le Préfet est informé du jugement condamnant l'intéressé à une ITF.
- Le chef de l'établissement pénitentiaire doit vérifier que les dossiers des étrangers condamnés contiennent bien les éléments utiles à la préparation de la mesure d'éloignement.
- Le Préfet doit saisir l'autorité consulaire dont se réclame le détenu le plus en amont possible afin d'obtenir un laissez passer dès la levée d'écrou. Il doit aussi réserver le moyen de transport nécessaire à l'éloignement.

Lorsqu'une mesure d'éloignement est prise à l'encontre d'un étranger, celui-ci peut être reconduit immédiatement à la frontière si possible, placé en CRA ou être assigné à résidence :

- Le placement en CRA (*cf. chapitre 3.2.1*).
- L'assignation à résidence (*Art L552-4, L561-1 du CESEDA*) :

Elle peut être prononcée par l'autorité administrative lorsque l'étranger étant dans l'impossibilité de quitter le territoire français ou ne pouvant ni regagner son pays d'origine ni se rendre dans un autre pays:

- fait l'objet d'une OQTF sans délai ou si le délai de départ volontaire est expiré,
- doit être remis aux autorités d'un État membre de l'UE,
- doit être reconduit à la frontière,
- doit être reconduit à la frontière en exécution d'une interdiction de retour,
- doit être reconduit à la frontière en exécution d'une interdiction de territoire.

L'assignation à résidence peut être aussi ordonnée par le JLD lorsqu'il dispose de garanties de représentation effectives, après avoir remis à un service de police ou de gendarmerie l'original du passeport et de tous documents justificatifs de son identité.

Il lui est remis en échange un récépissé ayant valeur de justificatif d'identité sur lequel est portée la mesure d'éloignement en instance d'exécution.

La décision d'assignation à résidence est prise pour une durée maximale de six mois et peut être renouvelée une fois ou plus, pour six mois. L'étranger est astreint à résider dans des lieux fixés par le Juge et doit se présenter périodiquement aux services de police ou de gendarmerie (*Art L552-4, L561-1 du CESEDA*).

Les mesures d'éloignement prononcées par l'autorité administrative sont :

L'OBLIGATION DE QUITTER LE TERRITOIRE FRANÇAIS (OQTF) (*Art L511-1 du CESEDA*) :

Il s'agit d'une mesure administrative d'éloignement des étrangers. Elle est de plein droit après une ITF. Les étrangers concernés sont :

- les étrangers ne pouvant justifier d'une entrée régulière sur le territoire français, sauf s'ils détiennent un titre de séjour en cours de validité,
- les étrangers s'étant maintenus sur le territoire au-delà de la durée de validité du visa,
- les étrangers dont le titre de séjour a été refusé lors de la délivrance ou du renouvellement ou s'il a été retiré,
- les étrangers n'ayant pas demandé le renouvellement du titre de séjour temporaire et qui se sont maintenus sur le territoire,
- les étrangers à qui le récépissé de la demande de carte de séjour ou de l'autorisation provisoire de séjour a été retiré ou si le renouvellement a été refusé.

L'étranger dispose d'un délai de trente jours pour quitter le territoire, à compter de la notification de l'OQTF. Il peut demander son annulation dans un délai de trente jours suivant sa notification, auprès du Tribunal administratif (*Art L512-1 du CESEDA*).

L'étranger peut solliciter un dispositif d'aide au retour dans son pays d'origine, sauf s'il a été placé en rétention administrative (*Art L512-4 du CESEDA*).

Cependant l'étranger peut être obligé de quitter sans délai le territoire français (sur décision motivée) si :

- Le comportement de l'étranger constitue une menace pour l'ordre public.
- L'étranger s'est vu refuser la délivrance ou le renouvellement de son titre de séjour, de son récépissé de demande de carte de séjour ou de son autorisation provisoire de séjour au motif que sa demande était ou manifestement infondée ou frauduleuse.
- Il existe un risque que l'étranger se soustraie à cette obligation dans les conditions suivantes. Les risques sont établis si :
 - l'étranger, ne pouvant justifier être entré régulièrement sur le territoire français, n'a pas sollicité la délivrance d'un titre de séjour,
 - l'étranger s'est maintenu sur le territoire français au-delà de la durée de validité de son visa ou, s'il n'est pas soumis à l'obligation du visa, à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de son entrée en France, sans avoir sollicité la délivrance d'un titre de séjour,
 - l'étranger s'est maintenu sur le territoire français plus d'un mois après l'expiration de son titre de séjour, de son récépissé de demande de carte de séjour ou de son autorisation provisoire de séjour, sans en avoir demandé le renouvellement,
 - l'étranger s'est soustrait à l'exécution d'une précédente mesure d'éloignement,
 - l'étranger a contrefait, falsifié ou établi sous un autre nom que le sien un titre de séjour ou un document d'identité ou de voyage,
 - l'étranger ne présente pas de garanties de représentation suffisantes, notamment parce qu'il ne peut justifier de la possession de documents d'identité ou de voyage en cours de validité, ou qu'il a dissimulé des éléments de son identité ou qu'il n'a pas déclaré le lieu de sa résidence effective ou permanente.

Dans ce cas, l'étranger dispose d'un délai de quarante-huit heures suivant sa notification pour demander au Tribunal administratif l'annulation de cette décision (*Art L512-1 du CESEDA*).

L'OQTF peut être assortie d'une interdiction de retour sur le territoire par décision motivée de l'autorité administrative dans les conditions suivantes :

- si l'étranger ne faisant pas l'objet d'une interdiction de retour s'est maintenu sur le territoire au-delà du délai de départ volontaire. Elle est prononcée pour une durée maximale de deux ans à compter de sa notification,
- si l'OQTF a été prononcée sans délai, l'interdiction de retour sur le territoire peut être prononcée pour une durée maximale de trois ans à compter de sa notification.
- si l'OQTF a été prononcée avec un délai de départ volontaire, l'interdiction de retour sur le territoire peut être prononcée pour une durée maximale de deux ans prenant effet à la fin de l'expiration du délai, à compter de sa notification,
- si l'étranger faisant l'objet d'une interdiction de retour s'est maintenu sur le territoire au-delà du délai de départ volontaire ou alors qu'il était obligé de quitter sans délai le territoire français ou, ayant déféré à l'OQTF, y est revenu alors que l'interdiction de retour poursuit ses effets, l'autorité administrative peut prolonger cette mesure pour une durée maximale de deux ans.

L'interdiction de retour et sa durée sont décidées par l'autorité administrative en tenant compte de la durée de présence de l'étranger sur le territoire français, de la nature et de l'ancienneté de ses liens avec la France, de la circonstance qu'il a déjà fait l'objet ou non d'une mesure d'éloignement et de la menace pour l'ordre public que représente sa présence sur le territoire français.

L'autorité administrative peut à tout moment abroger l'interdiction de retour. Lorsque l'étranger sollicite l'abrogation de l'interdiction de retour, sa demande n'est recevable que s'il justifie résider hors de France, sauf s'il est incarcéré ou s'il fait l'objet d'une assignation à résidence.

L'étranger ne peut faire l'objet d'une OQTF si (*Art L511-4 du CESEDA*) :

- il est mineur.
- il réside habituellement en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de 13 ans.
- il réside régulièrement en France depuis plus de dix ans, sauf s'il a été, pendant toute cette période, titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention " étudiant ".
- il réside régulièrement en France depuis plus de vingt ans.

- il est parent d'un enfant français mineur résidant en France, à condition qu'il établisse contribuer effectivement à l'entretien et à l'éducation de l'enfant depuis la naissance de celui-ci ou depuis au moins deux ans.
- il marié depuis au moins trois ans avec un conjoint de nationalité française, à condition que la communauté de vie n'ait pas cessé depuis le mariage et que le conjoint ait conservé la nationalité française.
- il réside régulièrement en France depuis plus de dix ans et est marié depuis au moins trois ans avec un ressortissant étranger, à condition que la communauté de vie n'ait pas cessé depuis le mariage.
- il est titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %.
- **il réside habituellement en France et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.**
- il est ressortissant d'un état membre de l'UE, d'un autre État partie à l'accord sur l'espace économique européen ou de la confédération suisse, ainsi que les membres de sa famille, qui bénéficient du droit au séjour permanent.

L'ARRETE PREFECTORAL DE RECONDUITE A LA FRONTIERE (APRF) (Art L533-1 du CESEDA) :

Il s'agit d'une mesure prise par le Préfet de département ou le Préfet de police à Paris.

La reconduite à la frontière ne peut être prononcée dans les trois mois du séjour en France, que si :

- le comportement de l'étranger constitue une menace à l'ordre public,
- l'étranger a travaillé en France sans autorisation (Art L5221-5 du code du travail).

L'étranger faisant l'objet d'un APRF peut demander l'annulation de cette décision, selon les mêmes modalités que pour l'OQTF sans délai, autrement dit, il a quarante-huit heures pour faire sa demande auprès du Tribunal administratif. Comme pour l'OQTF, l'étranger faisant l'objet d'un APRF peut être placé en rétention administrative ou assigné à résidence.

L'EXPULSION (Art L521-1, L521-2, L521-3, L521-4, L522-1, L522-2, L523-1 du CESEDA) :

L'expulsion peut être prononcée si la présence en France constitue une menace grave pour l'ordre public. L'étranger ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion si :

- il est parent d'un enfant français mineur résidant en France, s'il contribue à l'entretien et à l'éducation de l'enfant depuis sa naissance ou depuis au moins un an.
- il est marié depuis plusieurs années (trois ou quatre ans selon le cas) à un conjoint de nationalité française, à condition que la communauté de vie n'ait pas cessé depuis le mariage et que le conjoint ait conservé sa nationalité française.
- il réside régulièrement en France depuis plus de dix ans, sauf s'il a été titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention « étudiant ».
- il est titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %.
- il est ressortissant d'un État membre de l'UE, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse et s'il séjourne régulièrement en France depuis dix ans.
- il réside habituellement en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de 13 ans.
- il réside régulièrement en France depuis plus de vingt ans.
- **il réside habituellement en France et que son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.**
- le mineur de moins de 18 ans.

A noter que ces conditions ne sont pas applicables si l'étranger a été condamné définitivement à une peine d'emprisonnement ferme au moins égal à cinq ans ou si les faits à l'origine de la mesure d'expulsion ont été commis à l'encontre de son conjoint ou de tout enfant sur lequel il exerce l'autorité parentale.

L'expulsion est prononcée selon les conditions suivantes (sauf en cas d'urgence) :

- l'étranger doit être avisé préalablement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État,
- l'étranger est convoqué pour être entendu par une commission se réunissant à la demande de l'autorité administrative. Cette commission est composée : du Président du TGI (ou d'un Juge délégué), d'un magistrat désigné par l'assemblée générale du TGI et d'un Conseiller du Tribunal administratif.

L'ELOIGNEMENT DANS LE CADRE DE L'UNION EUROPEENNE ET DE SCHENGEN : EN APPLICATION DES REGLES PRISES DANS LA CADRE DE L'UE ET DE LA CONVENTION DE SCHENGEN (Articles L531-1, L531-2, L531-3, L531-4 du CESEDA)

L'espace Schengen regroupe 26 pays : 22 d'entre eux font partie de l'UE : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède. S'y ajoute 4 pays qui ne font pas partie de l'UE : Suisse, Islande, Norvège, Liechtenstein. Le Royaume-Uni, l'Irlande, Chypre, la Croatie, la Bulgarie et la Roumanie font partie de l'UE mais pas à l'espace Schengen.

Il existe trois procédures d'éloignement distinctes :

- La remise de l'étranger à un autre pays de l'UE

Les étrangers concernés sont ceux qui ont été admis à entrer ou à séjourner dans un autre pays de l'UE ou dont ils proviennent directement lorsque :

- l'étranger est interpellé en situation irrégulière à la frontière entre la France et le pays de l'UE avec lequel l'accord existe,
- l'étranger séjourne irrégulièrement en France après être passé dans un autre pays de l'UE,

- l'étranger dépose une demande d'asile en France dont l'examen appartient à un autre pays en vertu du règlement européen de Dublin II,
- l'étranger est entré ou a séjourné en France en violation de la convention de Schengen (visa absent ou expiré, séjour de plus de trois mois en cas de dispense de visa ...),
- l'étranger détenteur d'un titre de séjour de « résident de longue durée-CE » valide délivré par un autre pays de l'UE, fait l'objet d'une mesure d'éloignement en France,
- l'étranger, détenteur d'un titre de séjour « carte bleue européenne » valide délivrée par un autre pays de l'UE, se voit refuser, retirer une carte similaire en France ou que son titre expire.

La décision (écrite et motivée) de remise de l'étranger à un autre pays de l'UE est prise par le Préfet.

- La reconduite de l'étranger en cas de signalement Schengen

Cela concerne les étrangers non européens :

- en situation irrégulière en France,
- signalés aux fins de non-admission au système d'information Schengen par un autre État partie de la convention, en raison d'une menace à l'ordre public ou d'une mesure d'éloignement exécutoire.

- L'exécution d'une mesure d'éloignement prise par un autre pays de l'UE

L'étranger fait l'objet d'une mesure d'éloignement exécutoire dans un autre pays de l'UE dans le cas de :

- violation de ses règles nationales sur l'entrée et le séjour des étrangers,
- menace grave et actuelle pour l'ordre public ou la sécurité nationale.

L'étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement est éloigné à destination (*Art L513-2 du CESEDA*) :

- du pays dont il a la nationalité, sauf si l'OFPRA ou la Cour Nationale du Droit d'Asile lui a reconnu le statut de réfugié ou lui a accordé le bénéfice de la protection

subsidaire ou s'il n'a pas encore été statué sur sa demande d'asile.

- du pays qui lui a délivré un document de voyage en cour de validité.
- d'un autre pays dans lequel il est légalement admissible.

Cependant un étranger ne peut être éloigné vers un pays s'il établit que sa vie ou sa liberté, y est menacée ou qu'il est exposé à des traitements contraires à la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1990.

Dans tous les cas, lorsqu'il est prononcé une mesure d'éloignement (judiciaire ou administrative), si l'étranger ne peut quitter immédiatement le territoire français il peut être placé en rétention administrative ou assigné à résidence par l'autorité administrative.

24.2 L'ACCES AUX SOINS LORSQUE L'ETRANGER RESTE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

L'étranger peut se maintenir sur le territoire national de manière régulière voire irrégulière s'il ne possède pas de titre de séjour en cours de validité. Nous ne traitons ici que de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

LES ETRANGERS POUVANT BENEFICIER DE L'AME^[81]

Depuis 2000, l'AME a été mise en place pour cette catégorie d'étrangers (qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale) et son financement relève de l'État.

En 2013, la Cour des Comptes recensait près de 280 000 bénéficiaires de l'AME.

Elle permet à l'étranger en situation irrégulière d'accéder à une prise en charge de ses soins.

- Les conditions d'octroi (*Art L251-1 du CASF*)
 - justification de l'identité de l'étranger et de ses ayants droits (concubin, partenaire de PACS, cohabitant, conjoint, enfants jusqu'à 16 ans et jusqu'à 18 ans, s'ils sont apprentis ou jusqu'à 20 ans, s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente d'exercer un travail salarié),
 - plafond annuel de ressources identique à celui pour l'octroi de la CMU-c (couverture médicale universelle complémentaire) variant en fonction du lieu de résidence et de la composition du foyer,
 - résider en France depuis plus de trois mois consécutifs.

Le droit à l'AME est ouvert pour le demandeur et pour les personnes à sa charge (ayants droit) qui résident en France.

Depuis mars 2011, l'obtention de l'AME est conditionnée au paiement d'un droit annuel (timbre fiscal) de 30 euros par bénéficiaire majeur^[106].

- La procédure

Le dépôt des demandes se font auprès des services des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des centres communaux d'action sociale, des services sanitaires et sociaux des départements et des associations agréées, et doivent être transmis dans un délai de huit jours aux CPAM (*Art L252-1 du CASF*).

Ce sont les CPAM, par délégation de l'État, qui sont chargées d'instruire les demandes d'AME et de l'attribuer. L'admission à l'AME est valable pour une période d'un an à compter de la date de dépôt du dossier de demande.

- Les recours

Les recours contentieux se font devant la Commission départementale d'aide sociale, puis devant la Commission centrale d'aide sociale et enfin devant le Conseil d'État.

- Les prestations

- consultation médicales en ville ou dans un établissement de santé,
- examens complémentaires,
- médicaments,
- soins infirmiers et dentaires,
- prothèses dentaires et d'optique dans la limite du tarif de responsabilité,
- hospitalisation avec prise en charge du forfait journalier.

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais et choisissent librement leurs prestataires.

LES ETRANGERS NE POUVANT BENEFICIER DE L'AME^[95]

Il s'agit ici de pouvoir bénéficier de la prise en charge de soins urgents. Le bénéficiaire est là

aussi, dispensé de l'avance des frais.

- Les étrangers concernés sont :

- ceux qui résident en France depuis moins de trois mois,

- ceux qui résident en France depuis plus de trois mois mais qui ne bénéficient pas de l'AME soit parce qu'ils ne remplissent pas les conditions requises, soit qu'ils ne l'ont pas sollicitée, soit que la demande est en cours d'instruction ou a été rejetée.

- Les champs de prestations au titre de soins urgents

Les soins urgents pris en charge par l'AME sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne. Les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida) doivent être considérés comme urgents.

25 LE DROIT AU SEJOUR POUR RAISON DE SANTE

25.1 LA CARTE DE RESIDENT TEMPORAIRE POUR RAISON DE SANTE

(Art L313-11-11° du CESEDA, modifié par la loi n°2011-672 du 16 juin 2011, art R313-22 du CESEDA)

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstances humanitaires exceptionnelles appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé [...]. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence ou à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police.

Le médecin de l'agence régionale de santé, ou à Paris le médecin chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant la commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État ».

L'étranger qui ne remplirait pas les conditions de résidence habituelle peut recevoir une autorisation de séjour provisoire renouvelable pendant la durée du traitement (Art R313-22 du CESEDA).

La délivrance de cette carte de séjour temporaire donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle (Art L313-12 du CESEDA).

La carte de séjour temporaire a une durée de validité ne pouvant excéder un an. L'étranger doit quitter la France à l'expiration de celle-ci à moins qu'il n'en obtienne le renouvellement ou qu'il lui soit délivré une carte de résident (Art L313-1 du CESEDA). Cependant la carte de séjour temporaire peut être refusée à l'étranger qui constitue une menace à l'ordre public (Art L313-3 du CESEDA).

Un étranger possédant une carte de séjour portant la mention « vie privée, vie familiale » délivrée pour raison médicale, peut se voir délivrer une carte de résident « temporaire » portant la mention « résident longue durée-CE ». Cette carte peut lui être délivrée s'il dispose d'une assurance maladie et s'il peut justifier d'une résidence ininterrompue en France d'au moins cinq ans. Il sera étudié les conditions de ressources de l'étranger demandeur qui doivent être suffisantes et stables. Afin de répondre à cette condition, l'avis du Maire de la commune de résidence sera demandé par l'autorité administrative. Cette carte a une validité de dix ans et est renouvelable de plein droit (Art L314-1 et L314-8 du CESEDA).

A la fin d'une période de validité de sa carte de résident temporaire, l'étranger peut demander une carte de résident permanent qui lui sera délivrée pour une durée indéterminée à condition qu'il ne constitue pas une menace à l'ordre public et qu'il réponde aux critères d'intégration républicaine dans la société française (c'est à dire le respect des principes qui régissent la République Française et la connaissance suffisante de la langue française) (Art L314-14 et L314-2 du CESEDA).

25.2 LA PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT POUR RAISON DE SANTE

Les étrangers qui présentent un état de santé dont le défaut de prise en charge médicale entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, en l'absence de traitement dans leur pays d'origine, ne peuvent faire l'objet d'une OQTF ou d'une expulsion (*Art L511-4, L521-3 du CESEDA*).

Ces étrangers ayant fait l'objet d'un arrêté d'expulsion peuvent faire l'objet d'une assignation à résidence, les conditions de présentation au service de police ou de gendarmerie et les sanctions en cas de non-respect des prescriptions liées à l'assignation, sont applicables (*Art L523-4 du CESEDA*).

Les peines d'ITF ne peuvent pas être prononcées à l'encontre de ces étrangers (*Art 131-30-1 du CP*).

25.3 LA PROCEDURE « ETRANGER MALADE »

La procédure « étranger malade » est une procédure médico-administrative permettant de régulariser un étranger, en situation irrégulière sur le territoire français, en raison de son état de santé. Elle dépend du Ministère de la Santé (sensible aux valeurs de santé publique comme par exemple la continuité des soins) et du Ministère de l'Intérieur (orienté sur la politique migratoire). Malgré leurs objectifs différents sur le sujet, la coordination entre ces deux Ministères est nécessaire au bon fonctionnement de la procédure. La procédure repose sur deux instructions parallèles et coordonnées (évaluation médicale, appréciation et décision administrative) (*cf. chapitre 25.1 : article L313-11-11° du CESEDA (modifié par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011)*).

La procédure est la même s'il s'agit d'une procédure de protection contre l'éloignement pour raison de santé ou d'une demande de renouvellement d'un titre de séjour pour raison de santé. Elle présente cependant des variantes en rétention administrative qui ne seront pas évoquées dans ce travail. Seules les particularités inhérentes au milieu carcéral seront évoquées.

En 2011, 199 514 premiers titres de séjour ont été délivrés tous motifs confondus, 38 751 avis médicaux ont été donnés (dont 75,2 % d'avis favorables) et seulement 6 414 titres de séjours relatifs à l'état de santé ont été délivrés par le Préfet ^[66].

Les étrangers concernés par l'émission d'un avis médical appartenaient à 131 nationalités différentes. L'Afrique étant le continent le plus représenté, environ 70 % des avis donnés, l'Europe représente 15,5 % des avis rendus, l'Amérique latine-Caraïbes 8,1 % et l'Asie 6,1 %. Depuis 2009, la part des étrangers d'Europe de l'Est augmentent.

En 2011, les principales pathologies pour lesquelles il était demandé une procédure « étranger malade » étaient : les maladies psychiatriques (21,6 % des avis rendus), l'infection par le VIH (14,9 %), les hépatites (8,7 %), les pathologies cardiaques (6,1 %) et les pathologies cancéreuses (5,9 %), les autres pathologies (7,2 %) (Tableau 19).

Diagnostics	En 2011	Diagnostics	En 2011
Cancers	2169	Maladies néphrologiques	1147
Maladies du cœur et des vaisseaux	2340	Maladies neurologiques	1566
Diabète (tous types)	2822	Maladies oculaires	674
Maladies digestives	689	Maladies de la sphère ORL	317
Maladies endocriniennes	556	Maladie pédiatriques	618
Maladies gynécologiques/obstétriques	418	Maladies respiratoires	1051
Maladies hématologiques	690	Maladies psychiatriques	8348
Hépatites (tous types)	3371	Tuberculoses (tous types)	334
Hypertension artérielle	1103	Maladies urinaires	220
Maladies de l'appareil locomoteur	1777	Infection par le VIH	5772
Autres maladies	2778	TOTAL	38761

Tableau 19 : le nombre des pathologies pour lesquelles une procédure « étranger malade » a été demandée en 2011 ^[66]

A noter que les chiffres ci-dessus ne permettent pas de distinguer les avis des MARS rendus dans le cadre d'une délivrance de titre de séjour pour raison de santé dans le cadre d'une protection contre l'éloignement des autres avis rendus.

25.4 LE MIGRANT NON PRIVE DE LIBERTE

L'étranger en situation irrégulière sur le territoire français peut donc se voir être régularisé pour raison de santé au terme de l'article L 313-11-11° du CESEDA.

Nous allons ici détailler cette procédure pour l'étranger qui n'est ni retenu ni détenu.

DEPOT DE LA DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR

L'étranger dépose une demande de titre de séjour à la préfecture compétente au regard de son domicile. Le Préfet lui remet la liste des pièces à fournir et l'invite à s'adresser à un praticien hospitalier ou à un médecin agréé. Il est aussi délivré à l'étranger, sur justification de sa résidence habituelle en France, un récépissé de demande de titre de séjour valable trois mois.

La liste des pièces à fournir est fixée par décret (*Art R331-1 à 5, R313-20 et R313-22 du CESEDA*).

Mais en aucun cas, la production d'un passeport en cours de validité ne doit être demandée [124].

Une seule pièce médicale lui est demandée, le rapport médical.

LISTE DES MEDECINS AGREES

Cette liste est établie dans chaque département par le Préfet, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Les médecins sont choisis parmi les praticiens de moins de 65 ans et ayant au moins trois ans d'exercice professionnel. L'agrément est délivré par arrêté préfectoral pour une durée de trois ans et est renouvelable dans les mêmes conditions.

RAPPORT MEDICAL

Le médecin agréé ou praticien hospitalier établit un rapport au vu des informations médicales communiquées et des examens qu'il jugera utiles de prescrire. Ce rapport doit préciser le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution (*Article 3 de l'arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les ARS en application de l'article R 313-22 du CESEDA*).

Si le médecin agréé ou le praticien hospitalier dispose d'informations sur l'offre de soins (structures, équipements médicaux, médicaments, dispositifs médicaux et personnels compétents), il doit les fournir au MARS avec son rapport afin d'éclairer son avis [123].

Le rapport est transmis (par le patient ou par le médecin) sous pli confidentiel avec la mention secret médical au MARS dont relève la résidence de l'intéressé, afin d'assurer la confidentialité.

**AVIS DU MEDECIN DE L'ARS (MARS) OU A PARIS LE MEDECIN CHEF DU SERVICE MEDICAL
DE LA PREFECTURE DE POLICE**

Depuis la création des ARS en 2009-2010, les différents articles du CESEDA comportant les mots « médecin inspecteur de santé publique (MISP) » sont remplacés par les mots « médecin de l'agence régionale de santé (MARS) ». La distinction n'est pas seulement nominative.

Les MISP ont une formation de santé publique. Leur mission, telle que définie initialement dans l'article 2 du décret statutaire du 7 octobre 1991¹⁸, est de « participer à la conception, la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique ». Si les MISP sont devenus MARS suite à la réforme des ARS, en revanche, tous les MARS ne sont pas d'anciens MISP. Les MARS peuvent avoir des profils variés : MISP, médecin conseil, médecin contractuel ou vacataire, qui n'ont pas forcément une culture de santé publique et de droit médical. Cela peut entraîner un raisonnement différent dans le traitement des avis relatifs à la procédure étranger malade.

Le MARS est le garant de la régularité de la procédure et du respect des droits de la personne malade et plus particulièrement du respect du secret médical.

Dès réception du rapport médical du médecin agréé ou du praticien hospitalier, le MARS doit aviser la préfecture (*Annexe 2*).

Le MARS doit s'assurer que le rapport médical :

- a été établi par un praticien hospitalier ou médecin agréé de la liste préfectorale,
- apporte une réponse précise aux questions posées.

Dans le cas où les renseignements fournis seraient insuffisants, il peut inviter le médecin agréé ou praticien hospitalier à lui fournir les précisions nécessaires (*Annexe 3*).

Le MARS apprécie le rapport médical dont il est le seul destinataire, sur les points suivants :

- L'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- Quelle est la durée prévisible de cette prise en charge ?

¹⁸ Décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique. NOR: SANG9101680D.

- Le défaut de celle-ci peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- Existe-t-il dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge ?

Le MARS adresse au Préfet un avis signé respectant le secret médical, comportant la réponse aux quatre questions ci-dessus, sans aucune information sur la pathologie, ni sur le traitement, ni sur la nature des spécialités médicales concernées (*Annexe 4*).

Dans le cas où un traitement approprié existerait dans le pays d'origine, le MARS doit indiquer si l'état de santé de l'étranger lui permet de voyager sans risque vers son pays d'origine.

L'absence de traitement approprié dans le pays d'origine ^[123]

La difficulté rencontrée est l'interprétation du terme « absence de traitement approprié » qui peut être interprété, au sens strict du terme. En effet la lecture du CESEDA pourrait permettre de dire que, même si le pays n'a pas suffisamment de ressources pour prendre en charge la pathologie, la seule présence de quelques boîtes de tel produit, même s'il n'est pas accessible, pourrait suffire à renvoyer la personne, ce qui ne serait pas en adéquation avec la nécessité des soins rendus nécessaires par l'état du patient .

L'instruction du 10 novembre 2011 ^[123], relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves, précise que l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettent pas au demandeur, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé. Il faudra donc prendre en compte :

- Le traitement comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou un symptôme (traitements médicamenteux, soins techniques, examen de suivi et de bilan).
- La situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou comorbidité) pour apprécier le traitement approprié.

- L'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments, les dispositifs médicaux et les personnels compétents nécessaires à assurer une prise en charge de la maladie.

Il existe deux décisions récentes du Conseil d'État (*CE n° 316625 et n° 301640, 7 avril 2010*) qui précisent que la notion d'accessibilité effective à la prise en charge médicale dans le pays d'origine recouvre non seulement l'existence de traitements et structures médicales nécessaires, mais aussi, pour le demandeur l'accessibilité économique (au regard des coûts et modes de prise en charge adaptés), géographique et concrète (élément éventuels particuliers sur la situation personnelle à prendre en compte) ^[121].

Les conséquences d'une exceptionnelle gravité

Le MARS peut s'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les conférences de consensus de l'INSERM et sur les référentiels établis par les sociétés savantes ^[124]. Il doit déterminer si ces conséquences ont un caractère exceptionnel en combinant trois facteurs :

- le degré de gravité (mise en cause du pronostic vital ou détérioration d'une fonction importante),
- la probabilité de survenue des conséquences,
- le délai présumé de survenance des conséquences.

Au regard de la jurisprudence ^[124], la condition d'exceptionnelle gravité doit être considérée comme remplie à chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente :

- une probabilité élevée de mise en jeu du pronostic vital, à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné,
- une atteinte de son intégrité physique,
- une altération significative d'une fonction importante.

Si les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée, l'appréciation sera faite en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'interruption du traitement suivi en France (rupture de la continuité des soins).

Les circonstances humanitaires exceptionnelles

Le MARS doit pouvoir éclairer le directeur général de l'ARS sur l'existence de circonstances humanitaires exceptionnelles.

Pour aider le MARS à rendre son avis, un outil d'aide à la décision est annexé dans l'instruction du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves (*Annexe 8*).

Le MARS doit s'attacher à rendre son avis dans les trente jours à compter de la réception du rapport médical ^[124].

LA COMMISSION MEDICALE REGIONALE (*Art R313-23 à R313-32 du CESEDA*)

Le MARS peut convoquer l'étranger demandeur devant la commission médicale régionale.

La commission est créée dans chaque région par arrêté préfectoral, et est composée de deux médecins de l'ARS et deux praticiens hospitaliers, nommés pour une durée de trois ans par le directeur général de l'ARS.

La commission peut demander tout complément d'information au médecin ayant rédigé le rapport médical et entendre l'étranger. Elle rend un avis sur l'état de santé de l'étranger et sur les traitements rendus nécessaires par cet état.

ROLE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS

L'avis du MARS est transmis au Préfet sous couvert du directeur général de l'ARS. Il peut transmettre au Préfet, un avis complémentaire motivé, s'il estime qu'il y a lieu de prendre en compte des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de fonder une décision d'admission au séjour.

Si l'intéressé porte à la connaissance du Préfet des circonstances humanitaires exceptionnelles, celui-ci saisit pour avis le directeur général de l'ARS pour qu'il lui communique son avis motivé dans un délai d'un mois.

DECISION DU PREFET

Au vu de l'avis du MARS, le Préfet rend sa décision.

Le Préfet peut prendre en considération, des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de le conduire à accorder le droit de séjour même si la condition de l'absence de traitement dans le pays d'origine n'est pas remplie. L'avis du directeur général de l'ARS doit être préalablement pris. Ces circonstances humanitaires exceptionnelles touchent soit la situation dans le pays d'origine soit la situation de l'étranger en France^[110].

Les agents des services préfectoraux ne peuvent en aucun cas exiger de l'intéressé la production d'un certificat médical qui est de nature à fournir des indications sur son état de santé^[124].

Le Préfet doit apprécier la condition de résidence habituelle de l'étranger. Pour qu'elle puisse être considérée comme « habituelle », cette résidence doit avoir une durée au moins égale à un an (*CAA Lyon, 4 octobre 2012, n° 12LY00527*). Si cette condition de résidence habituelle n'est pas remplie, il appartient au Préfet de délivrer une autorisation de séjour temporaire renouvelable. Il appartient aussi au Préfet de prendre en compte la condition de menace à l'ordre public.

Les services préfectoraux doivent veiller à statuer sur la demande de titre de séjour dans les trente jours suivant la réception de l'avis du MARS^[124].

Sauf situations exceptionnelles (personnes recherchées ou troubles à l'ordre public), il ne saurait y avoir d'interpellation, dans les locaux de la préfecture ou à leur sortie, de l'étranger effectuant des démarches concernant son droit au séjour.

CONCERNANT LES PATIENTS PORTEURS D'UNE INFECTION PAR LE VIH^[97,101]

Il est admis que dans l'ensemble des pays en voie de développement, il n'est pas possible de considérer les personnes séropositives comme pouvant avoir accès aux traitements

antirétroviraux ou à la prise en charge médicale nécessaire. Pour les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas la mise sous traitement immédiate, la situation est similaire puisqu'une surveillance biologique régulière est nécessaire et les pays concernés ne disposent pas d'infrastructure pour ce suivi.

LES DYSFONCTIONNEMENTS

Divers dysfonctionnements ont été rapportés par les travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, les médecins cliniciens ou des ARS ^[121]:

- refus d'enregistrement de la demande de carte de séjour « vie privée et familiale » pour raison de santé en cas de durée de séjour en France inférieure à un an,
- renouvellement des cartes de séjours temporaires par des autorisations provisoires de séjour,
- divulgation de diagnostic/pathologie transgressant le secret médical,
- difficultés de coordination, dans les CRA, entre les services médicaux, les MARS et les Préfets,
- demande d'informations à caractère médical aux MARS par les services administratifs non médicaux.

25.5 LE MIGRANT PRIVE DE LIBERTE

25.5.1 La procédure « étranger malade » au cours de la rétention administrative

En CRA ^[86], les étrangers font l'objet d'une mesure d'éloignement (*cf. chapitre 3.2.1*). Sous condition, certains étrangers peuvent faire l'objet d'une protection contre ces mesures d'éloignement (*Art L 511-4-10, L 521-3 et L541-1 du CESEDA*).

Les médecins peuvent être confrontés à des demandes d'étrangers invoquant leur état de santé contre la mesure d'éloignement du territoire français dont ils font l'objet. Dans ce cas, les médecins doivent débiter une procédure dite « étranger malade ».

La période de rétention ne peut excéder quarante-cinq jours, ce qui laisse peu de temps aux médecins exerçant dans les centres de rétention pour mettre en place cette procédure.

Le personnel de santé devrait être au courant des dates d'arrivée et de départ envisagées afin de pouvoir prendre en charge au mieux la personne retenue. Les médecins des UMCRA assurent les actes médicaux de diagnostic et de traitement ainsi que les soins de première intention. Ils doivent aussi assurer la continuité des soins jusqu'au départ de la personne.

La procédure est la même que pour les migrants non privés de liberté : un rapport médical établi par un praticien hospitalier sur l'état de santé de l'étranger doit préciser le diagnostic de la pathologie en cours, le traitement suivi, les perspectives d'évolution et la possibilité de traitement approprié dans le pays de renvoi.

Cette dernière précision sur la possibilité de traitement ne doit être précisée par le médecin rédacteur du rapport médical que s'il en a connaissance mais n'est en aucun cas obligatoire.

La procédure étant la même que pour les étrangers « libres ». Compte tenu des délais impartis, le rapport peut être envoyé par télécopie au médecin inspecteur de l'ARS du territoire dont dépend le CRA et non celui du lieu de résidence de l'étranger, puis sous pli confidentiel au Préfet.

L'étranger placé en CRA, peut avoir fait l'objet d'une procédure « étranger malade » avant sa rétention. Il peut donc y avoir deux dossiers distincts avec des avis différents, ce qui peut compliquer la gestion du dossier au niveau de la préfecture ^[70].

LE CAS PARTICULIER DES SORTANTS DE PRISON ^[64]

Les étrangers en situation irrégulière et sortant de prison peuvent faire l'objet d'un placement en CRA dans l'attente que leur mesure d'éloignement soit prononcée. La période de détention pourrait pourtant servir à préparer l'éloignement afin d'éviter ce passage en CRA. Les médecins du CRA doivent être en liaison avec les médecins des unités sanitaires afin d'assurer la continuité des soins des détenus placés en CRA.

25.5.2 La procédure « étranger malade » au cours de la détention

LA CIRCULAIRE DU 25 MARS 2013 RELATIVE AUX PROCEDURES DE PREMIERE DELIVRANCE ET DE RENOUVELLEMENT DE TITRE DE SEJOUR AUX PERSONNES DE NATIONALITE ETRANGERE PRIVEES DE LIBERTE.

Cette circulaire est applicable aux personnes étrangères qui :

- Exécutent une peine dont le quantum prononcé est supérieur à trois mois et qui étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, pour les primo demandes de titre de séjour.
- Font l'objet d'une mesure d'éloignement non exécutoire datée de plus d'un an.
- Sont condamnées à une peine supérieure à trois mois et dont le titre de séjour vient à expiration pendant la détention, ou dans les deux mois avant la libération, ou dans les deux mois précédant la date où elles sont accessibles à une mesure d'aménagement de peines.

Les personnes non concernées sont :

- Les personnes en détention provisoire ou accomplissant une peine de courte durée dont le quantum prononcé est inférieur ou égal à trois mois. Elles seront invitées à se présenter à la préfecture à leur libération.
- Les personnes faisant l'objet d'une mesure d'éloignement exécutoire.

La préfecture compétente est celle du lieu de résidence habituelle de l'étranger avant son incarcération ou celle du lieu d'incarcération, si l'étranger fait la demande d'être domicilié au sein de l'établissement pénitentiaire.

Le dépôt de la demande se fait par voie postale. Il existe un correspondant pénitentiaire qui centralise les demandes émanant des différents services pénitentiaires et les transmet au correspondant préfectoral. A la réception de la demande, celui-ci transmet au demandeur, par l'intermédiaire du correspondant pénitentiaire, la liste des pièces nécessaires à la constitution du dossier. Les services pénitentiaires doivent se charger de prendre contact avec les autorités consulaires compétentes afin de faciliter la délivrance d'un passeport ou d'une attestation consulaire aux personnes étrangères détenues qui sont dépourvues de documents d'identité.

Le Préfet doit être en mesure de disposer d'éléments concernant la situation sociale, familiale, professionnelle, l'évolution de son comportement en détention, des efforts de réinsertion accomplis et des perspectives d'aménagement de peine. Ces informations lui permettant de prendre une décision éclairée d'octroi ou de refus du titre de séjour. Cette décision sera notifiée par écrit au demandeur.

Le Préfet peut assortir un refus de séjour d'une OQTF, il devra le notifier par lettre recommandée avec accusé de réception, par télécopie ou messagerie au greffe de l'établissement pénitentiaire.

Une attention particulière doit être portée sur les personnes détenues étrangères afin de déterminer la menace à l'ordre public

Dès l'incarcération d'un étranger, la fiche d'écrou doit être communiquée aux fonctionnaires des services de la préfecture ^[94] afin d'établir sa nationalité et d'utiliser de façon optimale la durée de la détention. Les préfectures doivent être tenues au courant des dates d'élargissement (de libération) des détenus étrangers.

L'étranger malade qui est détenu peut justifier d'une protection contre l'éloignement en raison de son état de santé. Dans ce cas, la procédure à suivre en milieu pénitentiaire est la même que celle préconisée en milieu libre. Cependant on note quelques particularités :

- L'étranger doit être informé par l'administration pénitentiaire et plus particulièrement par le SPIP, de la disposition dont il relève. Cette information doit intervenir suffisamment tôt aux cours de la détention afin que la procédure puisse être mise en œuvre très en amont de la libération.

- Un rapport médical doit être rédigé par le médecin hospitalier de l'unité sanitaire précisant le diagnostic de la pathologie en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible, et les perspectives d'évolution. **Ce rapport doit être rédigé à la demande de l'intéressé.** Mais il appartient aussi au médecin de l'unité sanitaire de proposer cette procédure et de prendre attache avec le SPIP ^[31].
- Ce rapport est transmis par le médecin de l'unité sanitaire au médecin de l'ARS qui émettra un avis et le transmettra au Préfet.

En détention, le SPIP est le garant de la mise en œuvre de cette procédure si le patient le souhaite. Le SPIP peut prendre attache et/ou orienter le détenu vers des partenaires associatifs ou vers le « point accès au droit ». Le SPIP peut fournir les éléments relatifs à la situation pénale ou administrative du détenu.

Les services sanitaires et le SPIP évaluent en collaboration l'opportunité de saisir la préfecture.

ETUDE DE LA JURISPRUDENCE

Nous avons réalisé une étude de la jurisprudence française à partir d'un site de documentation privé sur le droit des étrangers : www.Elnet.fr (*Bibliothèque permanente des éditions législatives – droit des étrangers* ^[154]).

Notre but était de mettre en évidence les pathologies rencontrées au cours de la procédure « étranger malade » pour lesquelles la décision du Préfet a été contestée, et d'identifier les raisons d'une décision favorable ou d'un rejet. Nos mots clés étaient les suivants : « étranger » + « malade » + le nom de la pathologie recherchée. Nous avons fait la recherche pour les pathologies qui nous semblaient être les plus fréquemment rencontrées : VIH, hépatites (VHB et VHC), tuberculose, diabète, hypertension, cancer, psychiatrie, psychose, dépression et opiacés.

Nous avons ajouté un filtre sur la juridiction administrative qui gère les conflits relatifs aux titres de séjour, ainsi qu'un filtre temporel : nous avons limité nos recherches aux années 2010 à 2015.

Après exclusion des hors sujets et des doublons, nous avons étudié 497 jurisprudences.

Nous avons ensuite classé chaque décision en deux catégories : une s'intéressant à la nature des pathologies couplée au pays d'origine des patients et l'autre à la procédure mise en place pour bénéficier du droit au séjour ou à la protection contre l'éloignement (défaut dans la rédaction du rapport médical ou l'absence de saisine du MARS par exemple).

Dans le cadre de ce travail de thèse, seule la jurisprudence relative à la nature des pathologies et aux pays d'origines a été retenue. L'étude de la jurisprudence relative à la procédure mise en place pour bénéficier du droit au séjour ou à la protection contre l'éloignement a été faite dans un autre travail ^[148].

Il semble important de souligner que la jurisprudence permet d'obtenir des données dans le cadre de recours, ce qui témoigne de la capacité à faire une démarche administrative, d'être accompagné éventuellement par une association.

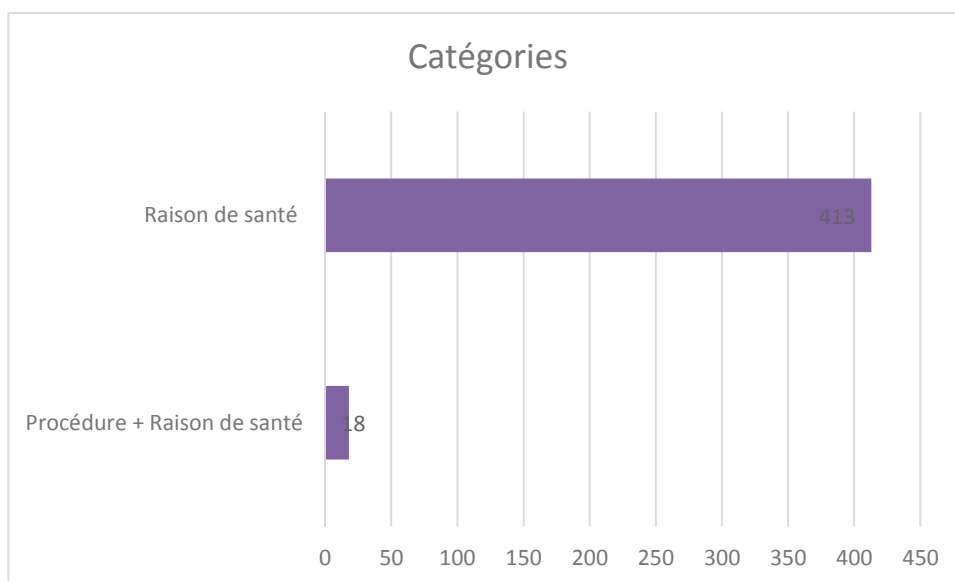
Cette étude ne peut donc être représentative sur l'ensemble du territoire ni exhaustive. Il existe des facteurs de variabilité à prendre en compte, notamment la juridiction en elle-même (certaines sont réputées plus « dures » que d'autres) ou la proportion d'étrangers

concernés par la procédure dans les différentes villes. Dans cette classification, nous avons étudié 431 décisions. Les résultats sont présentés dans les différents tableaux ci-dessous. Afin de faciliter la lecture du travail nous avons retenu les abréviations suivantes :

CHE : circonstances humanitaires exceptionnelles

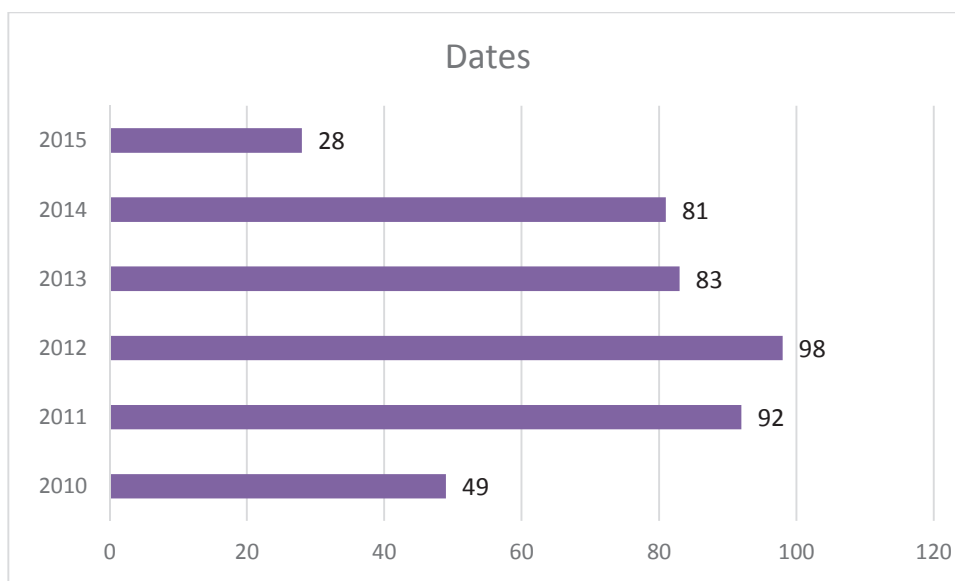
CEG : circonstances d'une exceptionnelle gravité

- Répartition par catégorie « Raison de santé » ou « Procédure + Raison de santé »



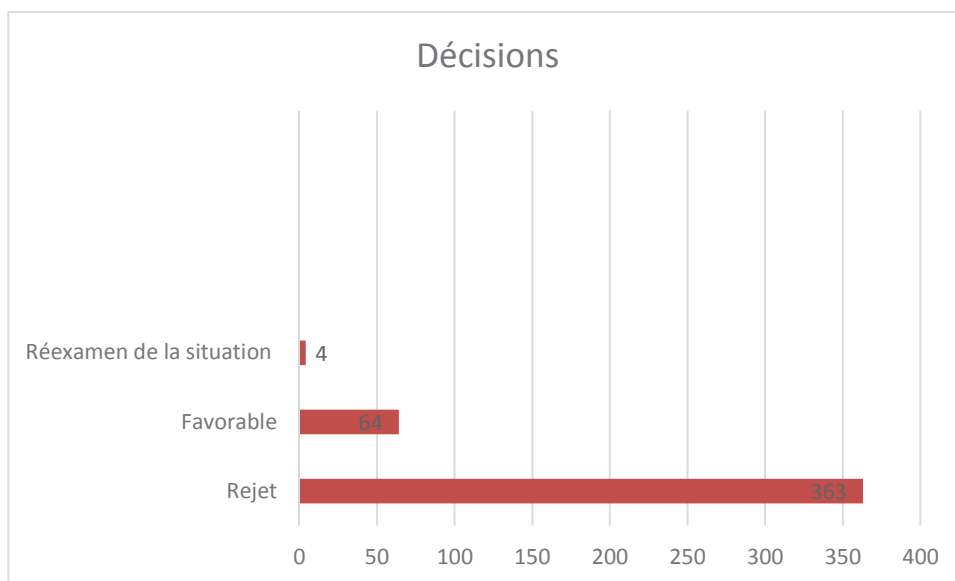
Les litiges relatifs à l'état de santé (95,8 %) sont beaucoup plus fréquents que les litiges liés à un vis de procédure dans la mise en place du droit au séjour pour raison de santé ou une protection contre l'éloignement.

- Répartition par dates



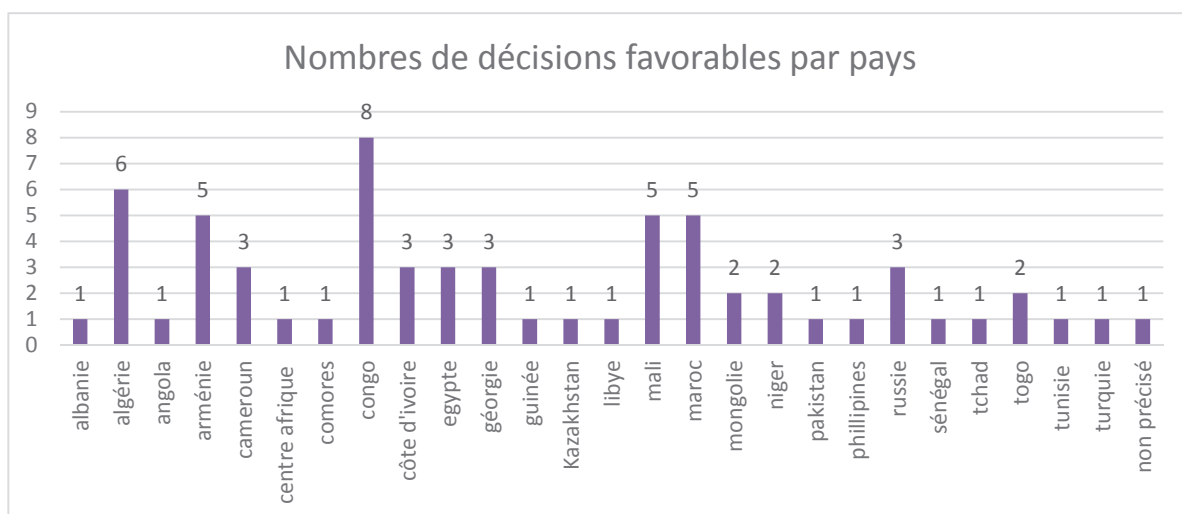
Le nombre de litiges apparaît relativement stable entre 2011 et 2014, l'année 2015 n'étant pas terminée au moment de l'étude on ne peut pas se prononcer sur la quantité de décisions publiées dans la base de données. Nous n'avons trouvé que 49 décisions de jurisprudence en 2010. Ce chiffre doit être interprété en partie au regard de la modification de la loi en 2011. En effet, avant 2011, l'article L 313-11-11° du CESEDA stipulait « [...], sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », ce qui renvoyait à la notion d'accès effectif. Après 2011, ce même article modifié stipule « [...], sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », ceci étant plus restrictif dans l'appréciation.

- Répartitions des décisions



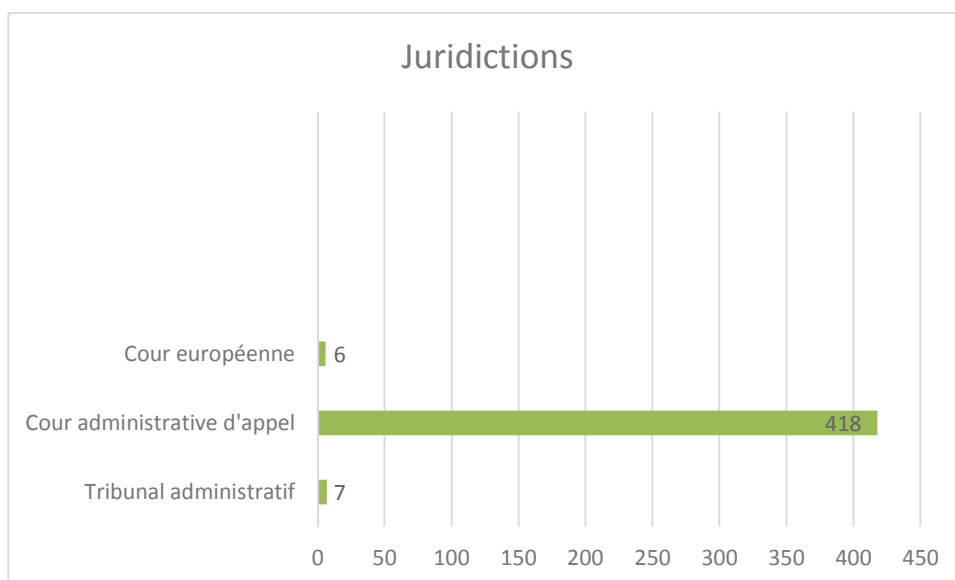
On peut estimer que sur la jurisprudence étudiée de 2010 à 2015, il y a eu 84,22 % de décisions de rejet, 14,85 % de décisions favorables et moins de 1 % de réexamen de la situation. Dans l'analyse des jurisprudences par pathologie couplée aux pays d'origine, nous avons été obligés de prendre en compte toutes les pathologies mentionnées dans la décision, car il n'était jamais précisé pour quelle pathologie la décision du Préfet avait été contestée, on a donc considéré que le refus du Préfet avait été émis d'une façon globale pour l'ensemble des pathologies. Ceci explique les différences entre le nombre total de décisions favorables qui est de 64 et le nombre de décisions favorables par pathologie.

- Nombre de décisions favorables par pays : total 64 décisions



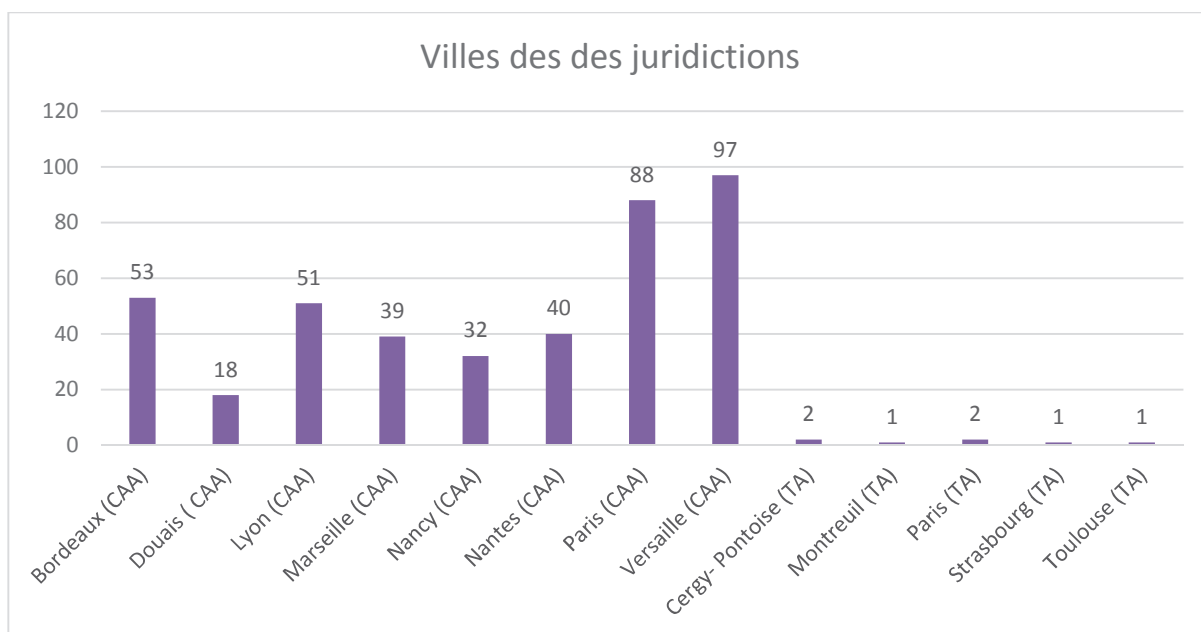
Parmi les décisions, nous avons recensé 64 décisions favorables sur l'ensemble des décisions étudiées. Nous avons exposé les décisions favorables par pays. Nous constatons que les pays pour lesquels il y a eu le plus de décisions favorables sont : le Congo, l'Algérie, l'Arménie, le Mali et le Maroc.

- Répartition par juridictions



Nous constatons que la grande majorité des litiges portant sur les décisions du Préfet a été rejugé par les Cours Administratives d'Appel. Nous notons aussi que nous avons retrouvé seulement six décisions de jurisprudences prononcées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

- Font l'objet d'une mesure d'éloignement non exécutoire datée de plus d'un an.

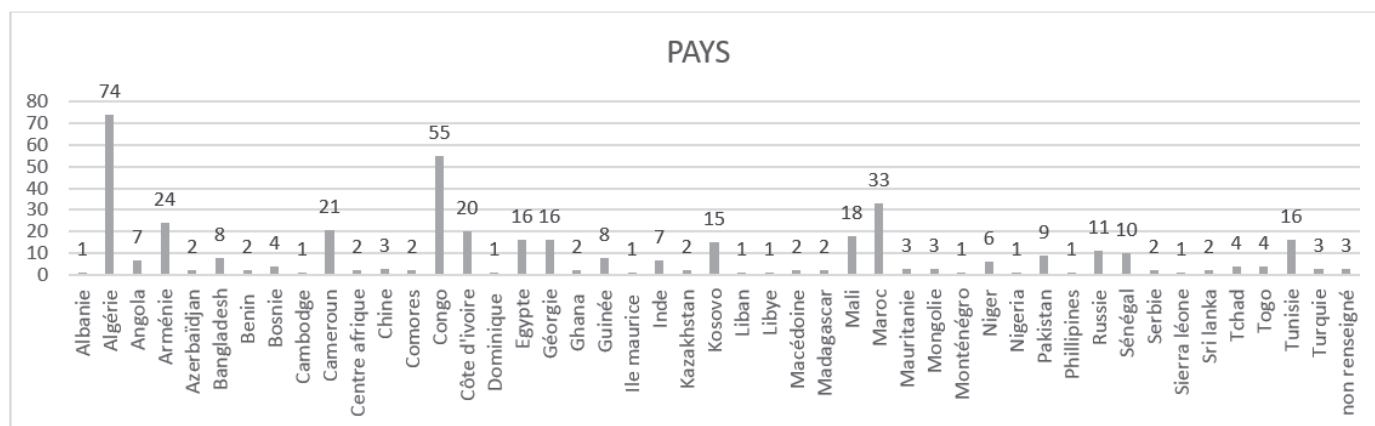


CAA: Cour administrative d'appel

TA: Tribunal administratif

Nous voyons ici qu'une grande majorité des décisions a été prononcée par les Cours Administratives d'Appel de Paris et de Versailles. Cette constatation peut venir du fait d'une proportion peut-être plus importante de procédure « étranger malade » dans ces villes et/ou du fait que les décisions des Préfets sont plus susceptibles de recours. En 2011, les MARS de l'Ile de France ont rendu 15 685 avis (sans les données du Val de Marne ^[66]), contre, par exemple 235 avis en Franche-Comté. Même si ces chiffres ne distinguent pas les avis rendus pour la délivrance de la carte de séjour, des avis rendus dans le cadre de la protection contre l'éloignement, nous pouvons dire que les chiffres doivent être modérés en fonctions des caractéristiques locales, et notamment le nombre d'étrangers résidant.

- Répartition par pays



Si nous classons ces pays en fonction de leur degré de développement (par l'indice de développement humain IDH) : en voie de développement (IDH faible), en développement (IDH moyen) ou développés (IDH élevé ou très élevé), nous voyons que les contentieux relatifs au droit de séjour pour raison de santé concernent : 18 pays en voie de développement, 8 pays en développement, et 19 pays développés (A noter qu'il n'y a pas de données disponibles pour le Kosovo en 2014) (Annexe 11).

- Tableaux des décisions selon la nature des pathologies couplée aux pays d'origine:

VHC

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE		
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire	Nombre	Traitement indisponible
Algérie	3	3	3				
Arménie	5	3	2	1		2	1
Cambodge	1	1	1	1			
Cameroun	4	4	4				
Congo	1					1	
Egypte	14	11	9	3		3	1
Géorgie	8	7	6	2		1	
Inde	1	1	1				
Kazakhstan	1	1	1		1		
Maroc	1	1	1				
Pakistan	2	1	1	1		1	1
Russie	3	2	2			1	
Sénégal	1	1	1				
Tunisie	2	2	2	2			
Total	47	38 (80.85%)	34	10	1	9 (19.15%)	3
							1

Nous constatons que la majorité des litiges concernent des patients étrangers originaires d'Egypte. En ce qui concerne l'hépatite C, il y a seulement eu 19,15 % de décisions favorables et 80,85% de rejet sur 47 litiges, ce qui est contraire à ce qui est préconisé par la circulaire du 30 septembre 2005^[97], relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH. D'autant plus que dans la majorité des cas de rejet, le traitement était considéré comme disponible, alors qu'il y a une nécessité de suivi adapté.

VHB

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE				Pas de demande de PEM initialement	Remarques
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Nombre	Traitement indisponible	Présence de CHE	Coût élevé/accès difficile	
Congo	6	6	2	5	2					
Pakistan	1	1	1	1						
Sénégal	5	4	2	3	1	1			1	
Tchad	1					1				
Cameroon	5	5	3	2						
Angola	2	2	2							
Kosovo	1	1	1							
Géorgie	1	1	1							
Monténégro	1	1	1						1	
Chine	1	1	1							
Nigeria	1	1	1	1						
Centre Afrique	1	1	1	1						
Niger	1					1	1			
Bosnie	1	1	1							
Macédoine	1	1	1							
Russie	1	1	1							
Guinée	2	2	1	1						
Algérie	1	1	1	1						
Mauritanie	1	1	1							
Côte d'Ivoire	6	6	5	1						
Bangladesh	2	2	2	1						
Mali	4	2	1	2		2	1		1	
Albanie	1					1				Mars favorable
Togo	2	1	1			1				
Egypte	1					1			1	
Inde	1	1	1							
Total	51	43 (84.31%)	32	19	3	8 (15.69%)	2		3	1

Pour l'hépatite B, nous voyons aussi qu'il y a une plus grande proportion de rejet 84,31 % contre 15,69 % de décisions favorables. Le traitement de l'hépatite B est là aussi considéré comme disponible dans la plupart des pays. La nécessité de suivi n'est pas prise en compte le plus souvent. Une décision a été rejetée sur le motif que le patient n'avait pas fait de demande de procédure « étranger malade » initialement, ceci soulève l'importante d'évaluer correctement l'état de santé du patient et de lui proposer la meilleure démarche administrative à débiter.

HEPATITES DONT L'ETIOLOGIE N'EST PAS INDIQUEE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE
		<i>Nombre</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Absence de CEG</i>	<i>Nombre</i>
Algérie	1	1	1		
Guinée	2	2	1	1	
Total	3	3 (100 %)	2	1	0

Dans ces décisions, le type du virus de l'hépatite n'était pas précisé, mais il y a eu 100 % de rejet, car le traitement était considéré comme disponible ou que le défaut de prise en charge n'entraînerait pas de circonstances d'une exceptionnelle gravité. Là encore, nous constatons que les décisions sont en désaccord avec ce qui est préconisé par la circulaire du 30 septembre 2005 ^[97], relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, qui étend ceci aux virus des hépatites.

CIRRHOSE ET HYPERTENSION PORTALE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET		FAVORABLE
		<i>Nombre</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Nombre</i>
Russie	1	1 (100 %)	1	0

Nous mettons en évidence que la pathologie cirrhotique associée à une hypertension portale dispose d'un traitement en Russie, selon cet unique litige.

VHC + CIRRHOSE + CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET		FAVORABLE
		Nombre	Traitement disponible	Nombre
Tunisie	1	1 (100 %)	1	0

Dans ce cas, il a été décidé que la pathologie disposait d'un traitement en Tunisie.

VHC + CIRRHOSE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE	
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Nombre	Traitement indisponible
Arménie	1	1	1			
Cambodge	1	1	1	1		
Pakistan	1				1	1
Total	3	2 (67 %)	2	1	1 (33 %)	1

Nous voyons ici, qu'au Pakistan, le traitement d'une cirrhose secondaire à une infection par le VHC n'est pas disponible. De plus, nous notons que l'absence de circonstances d'une exceptionnelle gravité a été retenue pour un patient, ce qui est en contradiction avec ce qui est préconisé par la circulaire du 30 septembre 2005 ^[97], relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, qui a étendu ces préconisations aux hépatites.

VIH

<i>PAYS</i>	<i>NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES</i>	<i>REJET</i>			<i>FAVORABLE</i>
		<i>Nombre de rejet</i>	<i>Absence de CEG</i>	<i>Traitement non nécessaire / surveillance seule</i>	<i>Nombre</i>
Côte d'Ivoire	1	1		1	
Congo	1	1	1		
Total	2	2 (100 %)	1	1	0

Nous n'avons trouvé que 2 litiges concernant l'infection par le VIH sur l'ensemble des décisions de jurisprudence étudiées. Ce constat met en évidence que les décisions concernant des patients étrangers atteints du VIH sont moins pourvoyeuses de litiges. Toutefois nous notons que les 2 litiges retrouvés ont abouti à un rejet.

PATHOLOGIES NON PRECISEES

<i>PAYS</i>	<i>NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES</i>	<i>REJET</i>			<i>REMARQUES</i>	<i>FAVORABLE</i>
		<i>Nombre de rejet</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Absence de CEG</i>		<i>Nombre</i>
Kosovo	1	1	1	1	certificat non établi par médecin agréé	
Congo	1	1	1	1		
Total	2	2	2	2		0

Parmi, les décisions de jurisprudences étudiées, il y en avait 2 dont la pathologie n'était pas précisée. Nous voyons ici qu'une des décisions de jurisprudence a retenu le fait que le certificat n'avait pas été établi par un médecin agréé. Il s'agit d'un problème de procédure, mais il nous a paru important de le mentionner, afin de montrer l'importance du rapport médical (qui nous le rappelons n'est pas un certificat) dans la procédure « étranger malade ».

DIABETE SANS PRECISION DU TYPE I ou II

Pays	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET						FAVORABLE	
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Certificat défectueux	Procédure incomplète	Nombre	Tiers nécessaire
Cameroun	3	3	3						
Géorgie	1	1	1						
Centre Afrique	1							1	
Congo	4	4	4	1					
Tunisie	2	2	2	1					
Algérie	5	5	5						
Mali	2	2		1		1			
Bangladesh	1	1				1	1		
Maroc	3	2	2					1	
Madagascar	1	1							1
Tchad	1	1							
Kosovo	1	1							
Arménie	1	1	1	1					
Guinée	1	1		1	1				
Total	27	25 (92.6%)	18	5	1	2	1	2 (7.4%)	

Nous avons trouvé plusieurs cas de litiges concernant la pathologie diabétique, mais donc le type n'était pas précisé. Il nous a paru intéressant de soulevé que dans 2 cas de litiges ayant abouti à un rejet, le certificat médical était considéré comme défectueux. Le type de diabète n'étant pas précisé, il est difficile de discuter sur ces résultats. L'absence de conséquences d'une exceptionnelle gravité étant à 5 reprises retenue dans les décisions de rejet, nous pouvons nous demander si l'échelle de temps de survenue des complications diabétiques a été prise en compte.

DIABETE NON INSULINODEPENDANT (type II)

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET								FAVORABLE				REEXAMEN
		Nombre	Traitement disponible	Absence CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Pas de demande de PEM initialement	Certificat défectueux	Procédure incomplète	Réseaux de soins étendus	Nombre	Traitement indisponible	Tiers nécessaire	Traitement disponible mais pas accessible	
Maroc	5	5	5											
Congo	15	13	11	1		1				1	1	1		1
Inde	2	2	2											
Côte d'Ivoire	3	1			1					2	2			
Sri Lanka	2	2	2						1					
Cameroun	2	2	2	1	1									
Algérie	19	17	16	2		2				2	1	2	1	
Comores	1	1	1	1										
Niger	2	2	2											
Angola	1	1	1	1										
Bangladesh	4	4	1	3										
Russie	3	3	1	2										
Benin	1	1	1											
Sénégal	3	3	3	1										
Philippines	1								1	1				
Arménie	3	3	2											
Pakistan	3	3	3	1										
Dominique	1	1		1										
Azerbaïdjan	1	1	1											
Ile Maurice	1	1	1											
Mali	2	2	2			1		Mars non saisi				1		

Kosovo	1	1	1															
Total	76	69 (90.79%)	58	14	2	1	3	1	1	6 (7.89 %)	5	5	1	1	1	1	1	(1.32 %)

En ce qui concerne le diabète de type II, nous constatons que 90,79 % des recours sont des rejets, car le traitement est considéré comme disponible dans les différents pays cités et/ou que le défaut de prise en charge médicale n’entraîne pas de conséquences d’une exceptionnelle gravité. Nous voyons aussi les différences de décisions pour un même pays, comme par exemple le Congo où une décision a été favorable car le traitement n’était pas disponible. Toutefois, il est difficile d’analyser ces résultats car il nous manque des données, comme par exemple, les complications diabétiques, ou la situation personnelle de l’étranger.

DIABETE INSULINO DEPENDANT (type I)

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET				FAVORABLE			
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Procédure incomplète	Nombre	Traitement indisponible	Présence de CHE	Coût élevé/accès difficile
Maroc	5	4	4			1	1		
Tunisie	6	6	6	2					
Mali	1	1	1						
Côte d'Ivoire	2	1	1			1			1
Cameroun	1	1			mars non saisi				
Mongolie	1					1			
Arménie	3	3	3						
Algérie	5	4	4	1		1	1	pas de reconnaissance des transsexuels	
Comores	1					1	1		
Niger	1	1	1						
Congo	1	1	1						
Ghana	1	1	1						
Pakistan	2	2	2						
Angola	2	1	1			1	1		
Inde	1	1	1						
Géorgie	2					2	1	1	1
Bangladesh	1	1	1	1					
Kosovo	1	1	1	1					
Egypte	1					1	1		
Total	38	29 (76.32%)	28	5	1	9 (23.68%)	6	2	2

Pour les patients diabétiques de type I, là aussi nous sommes forcés de constater la disparité des décisions pour certains pays où dans certains cas la décision sera favorable et dans d’autres un rejet sera prononcé. Nous avons relevé qu’un cas avait bénéficié d’une décision favorable car le traitement était indisponible et que la transsexualité n’était pas reconnue dans le pays d’origine, mais on ne peut déterminer si la décision l’a été pour le diabète ou pour une autre pathologie.

ASTHME

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE		REMARQUES
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Nombre	Traitement indisponible	
Algérie	2	2	1	1			
Egypte	1	1	1				
Congo	2	1	1		1		Certificat médical circonstancié
Tunisie	1	1	1				
Maroc	1	1	1	1			
Inde	1	1	1				
Côte d'Ivoire	2	1	1	1	1	1	
Sri Lanka	1	1	1				
Russie	1	1	1				
Bangladesh	1	1	1				
Total	13	11 (84.62%)	10	3	2 (15.38 %)	1	1

Nous retenons de ces résultats le cas où la décision est favorable car le certificat médical est circonstancié. Ceci montre, une fois de plus, l'importance du rapport médical.

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (BPCO/SAOS/ NON PRECISEE)

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET			FAVORABLE		
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Nombre	Traitement indisponible	Présence de CHE
Côte d'Ivoire	1	1	1	1			
Géorgie	1	1	1				
Algérie	5	3	2	1	2	1	Pas de reconnaissance des transsexuels
Ile Maurice	1	1	1				
Serbie	1	1	1				
Arménie	1	1	1				
Cameroun	1	1	1				
Total	11	9 (81.82 %)	8	2	2 (18.18 %)	1	1

Nous voyons ici que les litiges concernant l'insuffisance respiratoire chronique aboutissent dans 81,82 % des cas à un rejet soit parce que le traitement est considéré comme disponible soit parce qu'il n'est pas considéré que le défaut de prise en charge médical entraîne des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

TUBERCULOSE

Pays	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET					FAVORABLE	
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Suivi disponible seul	Nombre	Traitement indisponible
Algérie	2	2	2			1		
Pakistan	1	1	1	1				
Mali	4	3	3	1		1	1	1
Non renseigné	2	2				2		
Guinée	2	2	2			1		
Russie	1	1	1					
Maroc	4	4	3	1	1	1		
Inde	2	2	2					
Mongolie	1	1				1		
Congo	1	1	1	1		1		
Angola	1	1	1			1		
Mauritanie	1	1	1			1		
Côte d'Ivoire	1	1	1	1				
Tunisie	1	1	1					
Niger	1	1				1		
Total	25	24 (96 %)	19	5	1	11	1 (4 %)	1

Les recours concernant la tuberculose sont dans 96 % rejetés, le traitement étant considéré comme disponible dans les pays d’origine ou seul un suivi est nécessaire. Le traitement de la tuberculose est, nous le savons, coûteux et il paraît difficile de concevoir qu’il serait disponible dans les différents pays cités.

PATHOLOGIE PULMONAIRE SANS PRECISION SUR LA NATURE

<i>PAYS</i>	<i>NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES</i>	<i>REJET</i>			<i>FAVORABLE</i>
		<i>Nombre</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Absence de CEG</i>	<i>Nombre</i>
Inde	1	1 (100 %)	1	1	0

Ce résultat nous montre que lorsque la pathologie n'est pas précisée, il s'en suit un rejet. Toutefois, il se peut que le rapport médical ait spécifié la pathologie précise mais que la décision de jurisprudence ne l'ai pas retranscrite.

PATHOLOGIE CARDIAQUE DE NATURE NON PRECISEE

<i>PAYS</i>	<i>NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES</i>	<i>REJET</i>		<i>FAVORABLE</i>
		<i>Nombre</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Nombre</i>
Kosovo	1	1	1	
Kazakhstan	1			1
Arménie	1	1	1	
Maroc	2	2	2	
Total	5	4 (80 %)	4	1 (20 %)

Comme nous l'avons vu pour d'autres pathologies, il est difficile d'interpréter ces résultats, car les décisions de jurisprudences ne mentionnent pas le type de pathologie concernée et donc la prise en charge médicale nécessaire.

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE DONT ARYTHMIE CARDIAQUE PAR
FIBRILLATION AURICULAIRE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET		REJET	
		Nombre	Traitement disponible	Nombre	Tiers nécessaire
Algérie	2	2	2		
Maroc	1			1	1
Côte d'ivoire	2	2	2		
Total	5	4 (80 %)	4	1 (20 %)	1

Il ressort de ces résultats que les traitements des pathologies du rythme cardiaque sont disponibles dans les différents pays cités. La décision favorable doit être interprétée avec prudence, car la décision mentionne plusieurs pathologies et la nécessité de la présence d'un tiers au côté du patient. Ce cas a donc été analysé dans plusieurs catégories de pathologies.

AUTRES PATHOLOGIES

PATHOLOGIE	PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET		FAVORABLE				REMARQUES
			Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Nombre	Tiers nécessaire	Traitement indisponible	
<u>Tiers nécessaire</u>	Lybie	1				1		1	1
	Géorgie	1				1		1	1
	Mali	2				2		1	
<u>Grefte ophtalmo</u>	Algérie	1				1		1	
	Mali	1				1	1		
<u>Maladie hémato + insuffisance rénale</u>	Philippines	1				1		1	
<u>Epilepsie</u>	Algérie	1	1	1					
	Mali	1				1		1	
<u>Hermaphrodisme</u>	Chine	1	1	1	1				
<u>Cataracte</u>	Cameroun	1				1		1	Mars favorable
<u>Insuffisance rénale terminale hémodialysée</u>	Maroc	1				1			Arrêt traitement impossible/attente de greffe
<u>Pathologie immunitaire</u>	Turquie	1				1			
<u>Lithiase urinaire</u>	Chine	1	1	1					
<u>Myélopathie cervicale + tetraparésie</u>	Lybie	1				1	1	1	1
<u>Transsexualité</u>	Algérie	1				1		1	
<u>Anévrisme aorte</u>	Cameroun	1	1	1					
<u>Communication intra-auriculaire/ Hypertension de l'artère pulmonaire</u>	Algérie	1	1	1	1				
<u>Pathologie ischémique/coronaropathie</u>	Madagascar	1	1	1					
	Algérie	2	1	1		1		1	
	Kosovo	1	1	1	1				
	Tunisie	1	1	1					
	Arménie	1	1	1					

<u>Cancer</u>																			
Antécédents familiaux de cancer du sein	Congo	1	1	1	1	1													
Suspicion cancer sein	Cameroun	1		1	1	1													
Cancer rein	Arménie	1		1	1													Pas de CHE	
Cancer thyroïde	Algérie	1		1	1														
	Maroc	1		1	1														
Cancer col utérus	Maroc	1		1	1														
Cancer colon	Sénégal	1		1	1														
Cancer ORL	Algérie	1		1	1														
Cancer poumon	Tunisie	1		1	1														
Cancer prostate	Cameroun	1								1									
Cancer sein	Maroc	1		1	1														
	Congo	1		1	1														
	Algérie	1		1	1														
Lymphome	Arménie	1								1								1	
Total		38		22 (57,89 %)	22					16 (42,11 %)				2				4	2

Nous avons relevé plusieurs pathologies associées aux pathologies pour lesquelles nous avons fait la recherche de jurisprudence.

L'interprétation est difficile puisque du fait de l'association à une ou plusieurs autres pathologies, il nous est impossible de déterminer quelle pathologie justifiait de la procédure. Nous pouvons mettre en évidence que les cas ayant démontré la nécessité de la présence d'un tiers au côté du patient ont tous obtenu une décision favorable. Cette information revêt donc une importance dans la décision. Le médecin rédacteur du rapport médical devrait penser à prendre en compte ce facteur-là, n'étant pas réellement une pathologie à proprement parler.

HYPERTENSION ARTERIELLE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET							FAVORABLE					REEXAMEN	AUTRES
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Procédure incomplète	Pas de demande de PEM initialement	Certificat défectueux	Nombre	Traitement indisponible	Présence de CHE	Tiers nécessaire	Traitement disponible mais pas accessible		
Géorgie	3	2	2						1	1	1				
Algérie	19	16	12	3					2	3	1	1	1		Non reconnaiss ance des transsexue ls
Congo	11	9	12	1					1	2	1				Rapport médical circonstan cié
Egypte	1	1	1												
Tchad	2	2	2												
Maroc	7	6	5							1			1		
Bénin	2	2	2												
Azerbaïdjan	1	1	1												
Arménie	6	5	4	1						1	1	1			
Ile Maurice	1	1	1												
Mali	6	5	4					Mars non saisi	3	1			1		
Ghana	1	1	1												
Angola	1	1	1	1			1								
Pakistan	1	1	1												
Côte d'Ivoire	8	7	6	3	1				1	1					
Cameroon	7	6	6	2	1					1	1				Mars favorable
Guinée	1									1					

Niger	1	1	1																	
Kazakhstan	1							1												
Turquie	2	1	1																	
Serbie	1	1	1																	
Sénégal	2	2	2	1																
Russie	1	1	1																	
Inde	1	1	1	1																
Kosovo	3	3	1		1															
Togo	3																			
Lybie	1																			
Total	94	76 (80,90 %)	69	13	4	1	1	1	7	17 (18,01 %)	8	4	1	3	4	1 (1 %)	3			

L'hypertension artérielle a parfois été retrouvée comme pathologie associée aux autres pathologies recherchées lors de l'étude, comme le diabète. Nous retiendrons en premier lieu, de cette analyse que 7 recours ont été rejetés en raison du certificat médical défectueux, c'est-à-dire pas assez circonstancié, ne permettant pas au MARS de se prononcer. Par ailleurs nous pouvons noter que pour 69 cas sur 76, le traitement est considéré comme disponible dans le pays d'origine et que dans 13 cas sur 76, le défaut de prise en charge n'entraîne pas de conséquences d'une exceptionnelle gravité. Comme pour le diabète, la question de l'échelle de temps se pose, mais nous ne pouvons être plus précis dans l'interprétation à cause de données manquantes.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES SANS PRECISION SUR LA NATURE DU TROUBLE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET				FAVORABLE		
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Nombre	Traitement indisponible	Présence de CHE
Niger	1					1	1	
Congo	5	3	3			2	2	1
Tunisie	3	3	3	1				
Guinée	1	1	1					
Arménie	5	5	4	3				
Algérie	4	4	4	1				
Kosovo	2	2	1	1	1			
Maroc	1	1	1					
Mali	1					1	1	
Togo	1	1	1					
Géorgie	2	1	1	1		1		
Sénégal	1	1	1					
Total	27	22 (81.5 %)	20	7	1	5 (18.5 %)	4	1

Les troubles psychiatriques peuvent faire l'objet d'une procédure « étranger malade ». Dans ces résultats, la pathologie n'étant pas précisée nous ne pouvons que constater que 81,5 % des recours sont rejetés. Nous notons, ici, la notion de circonstance humanitaire exceptionnelle retenue pour un cas. La détermination de ce critère n'est pas du ressort du médecin rédacteur du certificat, mais nous pouvons rappeler que s'il a connaissance d'informations, il paraît judicieux de les mentionner, afin que le Mars puisse étudier ce critère et en faire part au Préfet.

TROUBLES ANXIEUX

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET				FAVORABLE
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Nombre
Sénégal	1	1	1	1		
Arménie	1	1	1	1		
Cameroon	1	1			1	
Total	3	3 (100 %)	2	2	1	0

Les troubles anxieux seuls n'ont été rapportés que dans 3 décisions qui ont été rejetées.

PHOBIE SOCIALE :

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET		FAVORABLE
		<i>Nombre</i>	<i>Absence de CEG</i>	<i>Nombre</i>
Bangladesh	1	1	1	0

Un patient atteint de phobie sociale a vu son recours rejeté, l'absence de conséquence d'une exceptionnelle gravité ayant été retenue. Toutefois, nous ne disposons pas d'assez d'éléments pour pouvoir interpréter ce résultat.

PSYCHOSE

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET				FAVORABLE			REMARQUES
		<i>Nombre</i>	<i>Traitement disponible</i>	<i>Absence de CEG</i>	<i>Traitement non nécessaire / Surveillance seule</i>	<i>Nombre</i>	<i>Traitement indisponible</i>	<i>Coût élevé/accès difficile</i>	
Liban	1	1		1					
Arménie	1					1	1		
Maroc	4	3	3			1		1	
Serbie	1	1	1						
Algérie	3	2	2			1			Aggravation des troubles dans le pays
Géorgie	1	1	1	1					
Tunisie	2	1	1			1			Situation familiale et personnelle prise en compte
Cameroun	1	1	1						
Congo	1	1	1						
Guinée	1	1		1	1				
Total	16	12 (75 %)	10	3	1	4 (25 %)	1	1	2

Concernant, les patients souffrant de psychose pour lesquels une procédure « étranger malade » a été initiée, nous voyons que dans 75% des cas le recours aboutit au rejet.

ESPT (ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

PAYS	NOMBRE DE DECISIONS ETUDIEES	REJET					FAVORABLE		REMARQUES
		Nombre	Traitement disponible	Absence de CEG	Traitement non nécessaire / Surveillance seule	Pos de demande de PEM initialement	Nombre	Traitement indisponible	
Non précisée	1						1		Risque suicidaire
Algérie	9	9	8	1					
Angola	1	1	1						
Congo	8	5	2	2	1	1	3		Risque suicidaire (1 cas)/ production de pièce par le patient (1 cas)
Côte d'Ivoire	1	1		1					
Russie	2						2		Risque suicidaire (2 cas)
Maroc	1	1		1					
Azerbaïdjan	1	1				1			
Kosovo	5	5	5						
Bosnie	2	2	1	1					
Arménie	2	2	1	1					
Turquie	1	1	1						
Mauritanie	1	1	1						
Niger	2						2	2	
Madagascar	1	1	1						
Mongolie	1						1	1	Voyage sans risque impossible
Géorgie	1	1	1						
Macédoine	1	1							
Tchad	1	1	1						
Cameroon	1	1	1						
Centre Afrique	1	1	1	1					
Total	44	35 (79.55 %)	25	8	1	2	9 (20.45 %)	3	6

L'état de stress traumatique a été évoqué dans 44 cas de jurisprudences étudiés. Nous pensons que l'évaluation du patient par un psychiatre pourrait permettre de déterminer les risques pour le patient s'il retourne dans son pays d'origine et notamment le risque suicidaire.

DEPRESSION ASSOCIEE A UN TROUBLE ANXIEUX

[illegible]

PRESENTATION DE QUELQUES CAS PARTICULIERS :

- Un traitement disponible dans le pays

*« [...] Il ressort de la fiche afférente à l'offre de soins en Algérie que **l'insulinothérapie est disponible sur tout son territoire de ce pays** »* ^[127].

Nous avons vu dans l'analyse de la jurisprudence, que la plupart des décisions étaient des rejets, sous prétexte que le traitement est disponible dans le pays d'origine. Nous citons cet exemple car il précise le type de traitement qui est considéré comme disponible en Algérie, ce qui a été retrouvé dans la grande majorité des décisions concernant les diabètes. Nous avons retrouvé beaucoup de cas de litiges concernant les diabétiques. Dans peu de cas le traitement nécessaire était mentionné mais nous savons que les diabétiques de type II peuvent aussi être traités par insulinothérapie.

- Des circonstances humanitaires exceptionnelles

*« [...] Il ressort toutefois des pièces du dossier que M. a fait l'objet d'une demande d'extradition de la part des autorités arméniennes pour l'exécution d'un reliquat d'un peu plus de 5 années **d'une peine d'emprisonnement** [...] pour des faits de trafic illicite de stupéfiants [...] et que sa remise aux autorités de son pays risquait d'avoir des conséquences d'une gravité exceptionnelle pour l'intéressé, compte tenu de son état de santé ; qu'il résulte de ce qui précède que, dans les circonstances toutes particulières du cas d'espèce, compte tenu de l'incarcération probable [...] en cas de retour dans son pays d'origine, et à supposer même que son état de santé, notamment psychique, soit compatible avec sa détention, il ne ressort pas des pièces du dossier **qu'un traitement médical approprié à son état de santé soit disponible en milieu carcéral**, en Arménie [...] la situation de M. présente une **circonstance humanitaire exceptionnelle** »* ^[137].

Nous vous présentons cet exemple de cas où la condition de circonstances humanitaire exceptionnelle a été retenue, pour donner une idée de ce qui peut être considéré comme circonstances humanitaires exceptionnelles. Nous avons vu que la condition de circonstance humanitaire exceptionnelle n'a été que peu de fois retenue dans notre étude de la jurisprudence.

Dans le cas, où le patient se confierait au médecin sur les conditions qui l'attendent dans son pays d'origine, il peut être intéressant de le mentionner dans le rapport médical, même si cela n'est pas du ressort du médecin.

- Des certificats médicaux trop peu circonstanciés

« [...] Les **différents certificats médicaux produits** par le requérant, qui font état d'un syndrome dépressif et de ce que M. A est porteur du virus de l'hépatite B, toutefois inactif, **sont insuffisamment circonstanciés** » ^[130].

« [...] Il est constant que l'intéressé n'a à aucun moment produit un rapport médical comme il est tenu de le faire de sa propre initiative, [...] M. A fait valoir qu'il souffre d'un diabète qui ne peut pas être traité dans son pays d'origine, **il n'établit pas, par le certificat médical produit, que le défaut d'un tel suivi l'exposerait à des conséquences d'une exceptionnelle gravité** » (n° 11VE03527, 1 mars 2012).

« [...] **Elle ne justifie pas avoir produit [...] des éléments suffisamment précis sur la nature et la gravité de ses troubles** ; qu'ainsi, en s'abstenant d'examiner si Mme B...pouvait prétendre à une autorisation de séjour en qualité d'étranger malade et de recueillir l'avis du médecin de l'agence régionale de santé, le Préfet n'a pas commis d'erreur sur la portée de la demande dont il était saisi et n'a pas entaché d'irrégularité sa décision » ^[134].

« [...] Mme A...soutient que le certificat médical du centre hospitalier [...] est sans équivoque sur la gravité de sa maladie, ledit certificat, [...] qui relève que l'intéressée souffre d'un diabète de type 2, de surpoids, d'hypertension artérielle et que faute de suivi médical, son pronostic vital pourrait être engagé, **n'est pas suffisamment circonstancié** ni sur les conséquences qu'aurait l'absence de prise en charge médicale de sa pathologie, ni sur l'absence de la possibilité de suivi en Côte d'Ivoire » ^[141].

« [...] Le certificat qu'elle produit, établi par un médecin généraliste [...] se borne à préciser qu'elle doit être suivie tous les trois mois en France et **ne mentionne aucunement que les traitements nécessaires ne seraient pas disponibles dans son pays d'origine** » ^[142].

« [...] Le certificat [...] se borne à indiquer que l'hypertension artérielle de l'intéressée nécessite une prise en charge régulière et un traitement quotidien à vie; que, par ailleurs, si les certificats [...] indiquent que l'absence de traitement pourrait entraîner des conséquences très graves pour l'intéressée, ces certificats [...] **sont trop peu circonstanciés** pour permettre d'infirmier l'avis précité du médecin inspecteur de santé publique » ^[133].

« Les documents, formulés en des termes généraux, ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation portée par le médecin de l'agence régionale de santé sur la disponibilité au Bangladesh des traitements nécessaires à l'état de santé du requérant »^[144].

*« [...] Mme B...produit des attestations médicales antérieures [...] et une attestation postérieure à la décision attaquée indiquant qu'elle est atteinte par le VIH **mais ne donnant aucune précision quant à d'éventuels traitements suivis ou aux risques encourus si elle devait regagner son pays d'origine** »^[145].*

La production d'un certificat médical « défectueux », c'est-à-dire trop peu circonstancié de la part du médecin rédacteur a été citée dans plusieurs décisions étudiées. Entre autre, il est mentionné que le certificat médical n'apporte pas les preuves nécessaires aux MARS pour établir son avis ou contredire son avis. Ces quelques exemples montrent à quel point le rapport médical est décisif dans la décision du Préfet, même si celui-ci n'est pas lié à l'avis du MARS ou au rapport médical. Il ne faut pas que les médecins rédacteurs des rapports médicaux, considèrent que le MARS « décide » de ce qu'il adviendra de l'étranger. Il a un rôle d'évaluation médicale afin de rendre un avis sur les questions relevant de sa mission. Seul le Préfet décide au vu des éléments médicaux transmis. Nous pensons qu'il est indispensable que les rapports médicaux soit le plus précis possible et apportent bien la preuve de la nécessité de traitement et des conséquences que pourrait avoir le défaut de prise en charge. Etablir un rapport médical circonstancié ne garantit pas d'une décision favorable pour le patient mais d'éviter que le manque d'information soit retenu.

- Des certificats apportant assez de preuves

« [...] La patiente décrit un syndrome de répétition et de reviviscence centré sur des viols subis pendant sa détention et sa garde à vue, ainsi que lors de l'assassinat de ses parents dont elle a été témoin ; que, selon le deuxième médecin, la patiente présente un syndrome de stress post-traumatique très invalidant, compliqué d'affects dépressifs sévères. (...) Son état justifie la poursuite d'une prise en charge psychiatrique; que le troisième médecin conclut que Mlle A fait état d'un stress post-traumatique profond, largement fixé, compliqué d'une dépression majeure, imposant des soins psychiatriques médicamenteux et psychologiques sur une longue période.

*Le mode d'expression des symptômes [...] et l'intensité des affects ne laissent aucun doute sur la réalité des souffrances endurées [...]. Le risque suicidaire doit être pris en considération. [...] que ce dernier médecin a constaté la présence de très nombreuses cicatrices sur le corps [...] pouvant raisonnablement être attribuées aux sévices qu'elle dit avoir endurés lors de sa détention; que, dans ces conditions, [...] elle a fourni des documents et **des précisions suffisantes pour établir les risques encourus** en cas de retour dans son pays d'origine » ^[128].*

*« [...] Il ressort des pièces du dossier, et en particulier de l'attestation médicale très circonstanciée établie [...] par un expert médical ainsi que des trois certificats médicaux [...], que M. B... souffre [...] d'une hypertension artérielle et d'un asthme persistant sévère avec des complications pulmonaires et que cette pathologie a déjà donné lieu à des complications infectieuses ayant nécessité son admission aux urgences de l'hôpital [...] ; qu'en dépit des avis émis par le médecin inspecteur de la santé publique, M. B... produit ainsi des **éléments suffisamment précis et circonstanciés de nature à établir que le défaut de prise en charge médicale de sa pathologie l'exposerait à des conséquences d'une exceptionnelle gravité** » ^[140].*

Ces exemples permettent de renforcer ce que nous pensons, sur la nécessité d'un rapport médical circonstancié. Nous voyons que dans ces deux cas, les rapports étant explicites et complets, les décisions sont favorables. Nous sommes conscients du temps que cela peut prendre de rédiger un rapport médical circonstancié ou de rassembler les documents médicaux pertinents dans la procédure, mais il apparaît clair que le temps passé par le médecin est bénéfique pour le patient.

- Un traitement non accessible

*« [...] Il ressort, toutefois, des pièces du dossier que la disponibilité effective, au Sénégal, des médicaments et examens que nécessite l'état de santé de M. X n'est pas établie, dès lors que la fiche sanitaire de ce pays élaborée par la direction de la population et des migrations, si elle **accrédite l'existence de l'offre de soins, indique que l'accès est très difficile, que l'offre est très limitée et que le coût en est très élevé** ; qu'il ressort également des pièces du dossier que le traitement prescrit aux patients souffrant, comme le requérant, d'une hépatite B chronique dépasse 500 euros par mois ; que si le Préfet soutient qu'une partie du coût de ce traitement peut être pris en charge, les documents qu'il produit, traitant des modes de prise en charge, concernent les malades atteints du VIH soignés par la même molécule ; que si, par ailleurs,*

un régime de sécurité sociale existe au Sénégal, il ne bénéficie qu'à 20 % de la population, essentiellement les salariés déclarés, et que M. X, qui a quitté son pays depuis plus de 8 ans, n'est pas assuré de pouvoir relever de cette catégorie de population » ^[129].

*« [...] Il ressort des pièces du dossier que M.A ... [...] souffre d'un diabète insulino dépendant particulièrement difficile à équilibrer, nécessitant une prise en charge consistant notamment en un traitement permanent sous forme de plusieurs injections quotidiennes d'insuline ; qu'il est traité en France depuis le mois de janvier 2004 et a été hospitalisé en urgence à plusieurs reprises ; qu'il présente, au surplus, un syndrome anxio-dépressif et fait l'objet d'un suivi global dont l'interruption pourrait entraîner à très brève échéance une incidence fatale ; que dans les circonstances particulières de l'espèce, **alors même que des traitements par insulinothérapie par voie sous-cutanée sont disponibles en Géorgie, il n'est pas certain que M. A ... pourrait bénéficier dans ce pays d'un traitement complet et approprié à son état de santé** »* (CAA n° 12BX01826, 19 mars 2013).

*« [...] Il ressort des pièces du dossier que M. A, ressortissant de nationalité marocaine, est atteint d'une psychose chronique schizophrénique nécessitant une prise en charge médicale lourde ; que le médecin inspecteur de la santé publique a émis, [...] l'avis selon lequel, d'une part, son état de santé nécessitait une prise en charge médicale devant se poursuivre, en l'état actuel, durant toute sa vie, et dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, d'autre part, l'offre de soins pour la pathologie dont il souffre existe dans son pays d'origine ; que, toutefois, M. A établit **qu'il ne perçoit aucun revenu** au Maroc ; qu'il établit également, par la production d'une attestation de la Caisse nationale de sécurité sociale marocaine, que **les frais médicaux que nécessite sa maladie ne seront pas pris en charge par la sécurité sociale de son pays d'origine** ; que, si le Préfet soutient qu'il est en capacité de travailler lorsqu'il sera de nouveau dans son pays, il ressort des pièces du dossier que l'intéressé n'était pas en mesure, en raison de son état de santé à la date de l'arrêté attaqué, de reprendre une activité professionnelle ; que M. A produit, sans être contesté, des décomptes de facturations permettant d'établir que le coût mensuel de la prise en charge des médicaments, hors consultation et analyses, s'élève à plus de 400 euros par mois ; qu'il produit également des **attestations circonstanciées** des membres de sa famille desquelles il résulte qu'ils ne sont pas en mesure de faire face au coût du traitement nécessité par son état de santé ; que, dès lors, dans les circonstances de l'espèce, le requérant doit être regardé comme démontrant **qu'il ne pourrait pas bénéficier effectivement au Maroc***

de l'accès aux soins [...] » ^[139].

Nous exposons par ces exemples que parfois, l'offre de soins peut exister dans le pays d'origine de l'étranger mais son accès n'est pas défini. C'est une nuance à prendre en compte pour évaluer la situation personnelle de l'étranger. Il s'agit là d'une compétence du MARS, mais le médecin s'il a des informations à ce sujet peut les mentionner afin que le MARS puisse être encore plus éclairé sur la situation de l'étranger.

- Un traitement non disponible dans le pays

*« [...] Il ressort des pièces du dossier que M.B ... , âgé de soixante-neuf ans à la date de l'arrêté litigieux, souffre d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère et d'hypertension artérielle ; que son état nécessite un dispositif dit " de pression positive continue " nocturne ; qu'il est constant que le défaut de cet appareillage respiratoire, qui l'exposerait à un risque cardiaque majeur de type troubles du rythme et poussées hypertensives, voire de mort subite pendant son sommeil, pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; que si l'avis émis [...] par le médecin de l'agence régionale de santé indique qu'il existe une offre de soins dans le pays d'origine de l'intéressé, cette seule mention n'est pas de nature à contredire les affirmations de médecins algériens spécialistes en cardiologie et en pneumo-phtisiologie qui, par des certificats rédigés [...] attestent de ce que ni l'appareillage respiratoire susmentionné, ni le service d'entretien technique de ce dispositif, **ne sont disponibles en Algérie** »* ^[146].

Il s'agit ici de montrer que la prise en charge de la pathologie peut passer par un appareillage et qu'il faudra tenter d'évaluer si celui-ci sera disponible pour le patient.

- Le demandeur ne s'est pas présenté à la préfecture

« [...] Elle souffre de troubles dépressifs graves; qu'elle produit diverses attestations, dont un certificat médical établi [...] par un praticien du service psychiatrique du centre hospitalier [...], estimant que l'intéressée souffre d'une pathologie psychiatrique qui nécessite un traitement et un suivi médical en ambulatoire et que ses soins sont incompatibles avec un retour dans son pays d'origine ; qu'il ressort des pièces du dossier qu'elle suit effectivement un traitement à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et a été hospitalisée dans un service de psychiatrie [...] ; que le Préfet produit lui-même en appel deux avis du médecin-inspecteur de santé publique [...]

*concluant tous deux de façon identique à la nécessité d'une prise en charge médicale et précisant que le défaut de celle-ci peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, que l'intéressée ne peut avoir accès, dans son pays d'origine, à un traitement approprié et que les soins nécessités par son état de santé doivent, en l'état actuel, être poursuivis pendant six mois ; que ces avis, associés à l'ensemble des éléments du dossier, doivent être regardés comme révélant la gravité de l'état pathologique dont souffrait déjà la requérante à la date de la décision attaquée ainsi que la nécessité d'un traitement en France [...], le Préfet [...] ne pouvait répondre à cette demande de titre de séjour **faute que Mme X se soit présentée physiquement à la préfecture**, d'une part, cette circonstance ne le mettait pas en situation de compétence liée pour refuser d'examiner le cas de l'intéressée qui avait accompagné sa demande d'admission au séjour d'un certificat médical »* ^[126].

Nous avons cité cet exemple en rapport avec un entretien effectué avec un des médecins ayant participé à l'étude. Celui-ci nous a parlé de la condition pour le patient de se déplacer en personne à la préfecture, ce qui lui paraissait difficile à respecter en détention.

- L'absence de conséquences d'une exceptionnelle gravité

*« [...] M. B ... soutient et établit être atteint du virus de l'immunodéficience humaine, il ressort des pièces du dossier, et notamment d'un certificat médical établi [...] par un médecin de l'hôpital L ..., que cette infection se traduit par une charge virale indétectable et que M. B...n'est pas encore traité par traitement antirétroviral ; que si M. B ... souffre également d'une hépatite B, il ressort du même certificat médical sus-évoqué, seul document circonstancié présenté par le requérant [...], que cette dernière est pour l'heure inactive ; [...] que, dès lors, les éléments médicaux produits ne permettent pas d'infirmier l'avis du médecin inspecteur de santé publique [...] qui **a estimé que l'état de santé du requérant nécessitait une prise en charge dont le défaut ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité** »* ^[143].

Nous terminerons par un exemple de décision mentionnant que le défaut de prise en charge d'un patient VIH ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité. Ce qui apparaît en contradiction avec la circulaire ^[97] qui stipule que le traitement du VIH n'est pas accessible dans la plupart des pays en développement. La circulaire étend ceci aux patients ne nécessitant pas la mise immédiate sous traitement mais nécessitant une surveillance étroite. Il est donc difficile, en tant que médecins, de concevoir que l'infection par le VIH n'entraîne pas de

conséquence d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge. Cet exemple soulève aussi la question de la santé publique puisqu'un patient non traité de façon adéquate reste contaminant pour les autres.

II. ETUDE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

1 LES OBJECTIFS

- L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence les connaissances et les difficultés des médecins exerçant en maison d'arrêt, au sujet de la procédure « étranger malade ».
- Les objectifs secondaires de l'étude étaient de:
 - initier la mise en place de la procédure « étranger malade » pendant la détention du patient,
 - proposer des outils afin d'aider les médecins des unités sanitaires,
 - identifier les situations médicales pouvant être concernées par cette procédure,
 - proposer des pistes qui permettront d'aider à harmoniser au niveau national, les décisions prises par les médecins lors de la délivrance de leur rapport au médecin de l'ARS.

2 LE MATERIEL : LES MEDECINS DES UNITES SANITAIRES DE NIVEAU 1

Les médecins interrogés devaient faire partie d'une unité sanitaire au sein d'une maison d'arrêt métropolitaine et être informés de la procédure « étranger malade ». Nous nous sommes concentrés sur les maisons d'arrêt de métropole car le temps d'incarcération étant plus court qu'en centre pour peine, les pathologies sont suivies sur un temps plus court et la question de la mise en place d'une protection contre l'éloignement ou d'un droit au séjour pour raison de santé nous semble être plus aiguë. Compte tenu de la méthodologie choisie, à savoir une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés, il nous a paru difficile d'un point de vu logistique, d'envisager de contacter les DOM-TOM.

Une fois la grille d'entretien établi, nous l'avons testée au cours d'un entretien avec un médecin d'une maison d'arrêt, afin de l'ajuster et d'estimer le temps moyen nécessaire. Cet entretien n'a pas été pris en compte dans l'analyse des résultats.

Au total, nous avons appelé vingt-trois unités sanitaires, afin d'obtenir les coordonnées des médecins responsables, puis nous les avons contactés un à un soit par mail soit par téléphone.

Nous n'avons pas obtenu de réponse de la part de dix médecins, malgré plusieurs relances par mail ou téléphone. Concernant les médecins que nous avons réussi à contacter, après leur avoir expliqué l'étude et ses objectifs, nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord pour y participer. Dans le cas où ils ne souhaitaient pas participer, nous leur proposons de nous mettre en contact avec un autre médecin de l'unité sanitaire qui aurait été intéressé. Deux médecins responsables contactés nous ont adressé, pour chacun, à un autre médecin de leur équipe, qui font partie des entretiens. Nous avons eu deux refus de participation, le premier car le sujet abordé ne l'intéressait pas et par manque de temps à consacrer à notre étude, et le second car il n'initiait pas de procédure « étranger malade » en détention en raison de la faible proportion d'étrangers dans la maison d'arrêt. Onze médecins ont accepté de participer à l'étude, nous les avons recontactés ensuite, par mails afin d'expliquer plus en détail l'objectif et le déroulement de notre étude puis nous avons convenu d'un rendez-vous, soit en face à face, soit par téléphone.

Le choix des villes s'est fait arbitrairement à partir de la liste des maisons d'arrêt françaises et d'une carte de France. Nous avons essayé de cibler des zones géographiques pour tenter de couvrir l'ensemble du territoire national.

Au final, nous avons rencontré des médecins qui avaient tous le souhait de se former et/ou de s'informer sur le sujet.

3 LA METHODE

3.1 LES AUTORISATIONS

Pour trois entretiens, il a fallu obtenir les autorisations d'accès à la maison d'arrêt ou au centre pénitentiaire. Le reste des entretiens s'étant effectué : au CRA pour un entretien, au domicile du médecin pour deux entretiens ou à l'hôpital pour deux entretiens.

Concernant l'entretien au sein du centre pénitentiaire, il nous a été refusé l'accès avec le dictaphone. Les notes ont donc été prises à la main ce qui explique la durée plus longue de l'entretien.

Avant chaque entretien en face à face, un document était présenté au médecin afin d'obtenir son consentement signé à l'enregistrement de l'entretien et à l'exploitation des données, tout en garantissant de préserver l'anonymat. En ce qui concerne les entretiens par téléphone, le consentement oral était demandé avant de débiter.

3.2 LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Après une courte période de présentation, nous commençons l'entretien organisé en cinq parties :

- La première partie sur des généralités concernant le médecin interrogé (données quantitatives).
- La deuxième partie sur des généralités concernant la « procédure étranger malade ».
- La troisième partie sur des questions spécifiques à l'article L 313-11 alinéa 11 du CESEDA.
- La quatrième partie sur le rapport médical en lui-même.
- La cinquième partie sur les relations du médecin de l'unité sanitaire avec le Préfet et le MARS.

A noter que la formulation et l'ordre des questions étaient flexibles en fonction de chaque entretien afin de garder une certaine dynamique.

Pour conclure, nous demandions à chaque médecin quelles informations concernant cette procédure il aimerait avoir pour l'aider, puis nous le remercions de sa participation et demandions s'il souhaitait la transmission par mail des résultats de notre étude.

3.3 LE RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens (sauf celui qui n'a pu être enregistré) ont été enregistrés par un appareil d'enregistrement audio numérique de type dictaphone (OLYMPUS), puis transféré et stocké sur notre ordinateur personnel. Les entretiens réalisés par téléphone se faisaient en mode « haut-parleur » afin de pouvoir les enregistrer avec le même dictaphone.

Les enregistrements ont parfois été interrompus momentanément à cause d'appel téléphonique ou d'intervention d'un tiers dans la salle d'entretien. Ces incidents n'ont pas perturbé la qualité des enregistrements.

3.4 LA GRILLE D'ENTRETIEN

La grille d'entretien est présentée en annexe 5.

3.5 LE TRAITEMENT DU RECUEIL DES DONNEES

Les enregistrements ont été retranscrits par nous-même dans leur intégralité soit directement après l'entretien, soit quelques jours après. La retranscription s'est faite mot à mot sur le logiciel Microsoft Word.

3.6 L'ANALYSE QUANTITATIVE

Les données quantitatives de l'étude n'ont pas nécessité de tests spécifiques, nous n'avons donc pas fait appel aux services d'un statisticien.

3.7 L'ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse des données s'est faite à la fin de l'ensemble des entretiens et n'a porté que sur les paroles du médecin interrogé et non sur les aspects non verbaux. A la fin de l'analyse des onze entretiens, nous avons constaté la saturation des données de certains aspects abordés dans la grille d'entretien. Cependant, nous n'avons pas pu confirmer cette saturation par la réalisation d'entretiens supplémentaires, à cause des difficultés pour resolliciter les médecins et pour réaliser d'autres entretiens. Afin de préserver l'anonymat de chaque médecin, un codage correspondant à la lettre E (comme « Entretien ») et un nombre (de 1 à 11) ont été attribués à chaque médecin par ordre chronologique de retranscription de l'entretien. Pour réaliser l'analyse qualitative du contenu des entretiens retranscrits, nous avons effectué un codage axial qui consiste à classer les idées en attribuant une étiquette à chaque nouvelle idée rencontrée.

III. RESULTATS

1 LES RESULTATS QUANTITATIFS

1.1 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Nous avons contacté par mail ou téléphone vingt-trois médecins, deux nous ont adressé à un confrère de leur équipe, deux ont refusé de participer à l'étude et dix n'ont pas répondu au mail ou aux appels malgré plusieurs relances. Notre échantillon est donc constitué de onze médecins. Nous les avons rencontrés (en face à face ou par téléphone) pour recueillir leur témoignage entre Octobre 2014 et Août 2015.

Les entretiens se sont déroulés pour chaque médecin de façon individuelle. Pour des raisons de logistique, trois entretiens se sont passés par téléphone.

Les médecins ont été choisis sur la base du volontariat à partir de la liste des unités sanitaires métropolitaines. Nous avons essayé de cibler les différentes régions. Puis nous avons contacté les onze médecins qui nous avaient répondu par mail ou par téléphone.

1.2 PREMIERE PARTIE : GENERALITES

Les caractéristiques de l'échantillon

- Géographie
 - Haute-Normandie : 1 entretien
 - Pays de la Loire : 1 entretien
 - Midi-Pyrénées : 2 entretiens
 - Languedoc-Roussillon : 1 entretien
 - Rhône-Alpes : 2 entretiens
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur : 4 entretiens

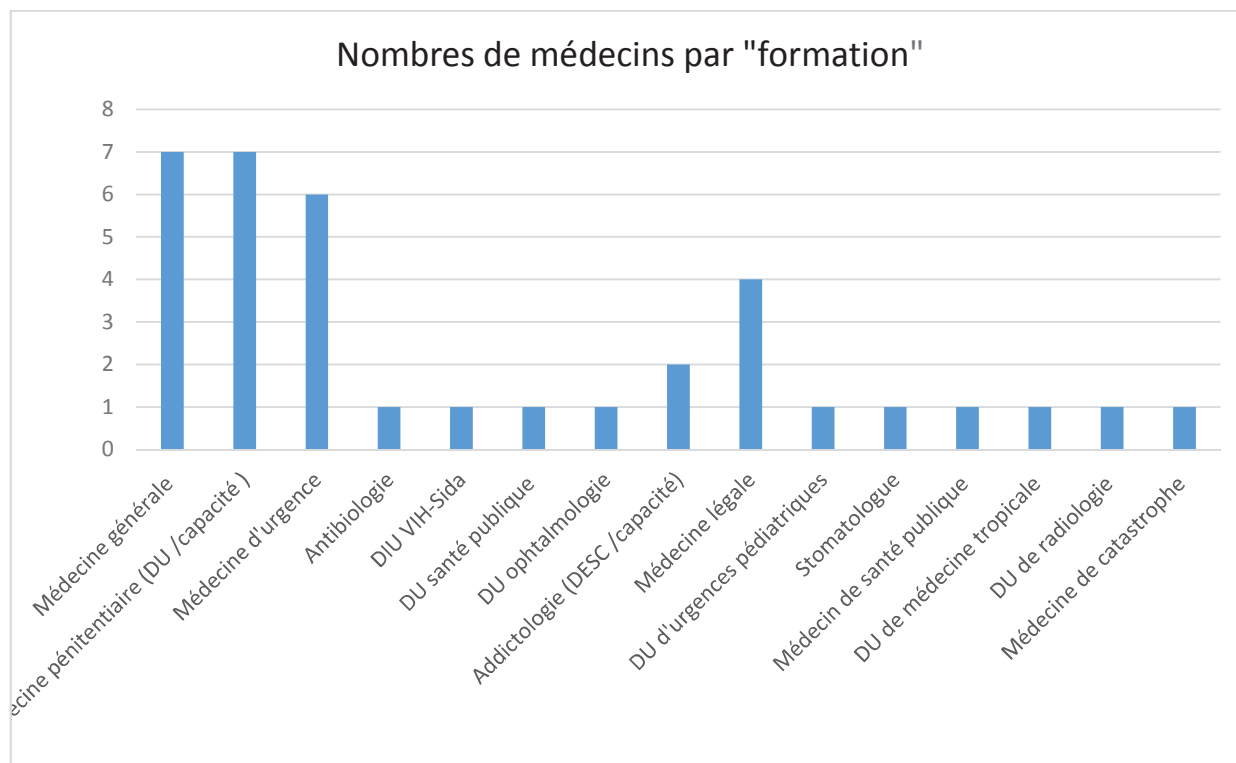
- Statut au sein de l'unité sanitaire

- 8 praticiens hospitaliers titulaires

- 2 praticiens attachés

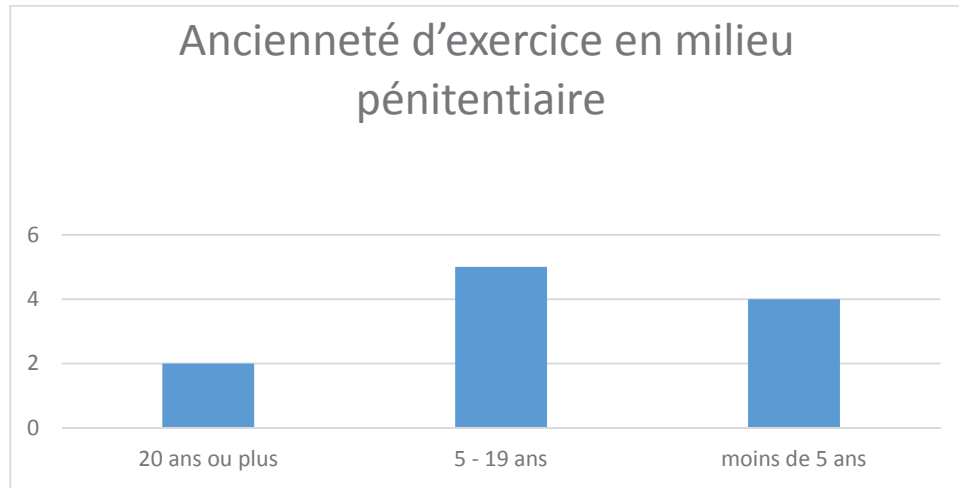
- 1 praticien hospitalier contractuel

- Formation



Nous constatons que les formations des médecins rencontrés sont variées. La majorité étant médecins généralistes avec une formation spécifique à la médecine pénitentiaire. La formation des médecins travaillant en détention nous semble pertinente puisqu'il s'agit d'un milieu particulier avec les spécificités que nous avons évoquées en introduction.

- Ancienneté d'exercice en milieu pénitentiaire



Une majorité des médecins rencontrés travaillait en milieu pénitentiaire depuis une période comprise entre 5 et 19 ans. La question de la durée d'exercice en milieu carcéral nous a paru intéressante pour avoir une idée de l'expérience professionnelle dans ce milieu particulier.

- Durée moyenne des entretiens

E1 : 39 minutes 42 secondes

E2 : 29 minutes 50 secondes

E3 : 1 heure 22 minutes

E4 : 32 minutes

E5 : 39 minutes

E6 : 17 minutes

E7 : 1 heure

E8 : 56 minutes 57 secondes

E9 : 20 minutes 40 secondes

E10 : 30 minutes

E11 : 25 minutes 28 secondes

La durée moyenne des entretiens est de 39 minutes et 20 secondes. L'entretien le plus long a duré 1h22. L'entretien le plus court a duré 17 minutes. Cette durée moyenne n'inclut pas les minutes consacrées à la présentation et aux remerciements.

2 LES RESULTATS QUALITATIFS

Les citations des médecins interrogés sont rapportées en italique.

Chaque auteur est identifié par la lettre « E » (comme « Entretien ») et un nombre (de 1 à 11) a été attribué à chaque médecin par ordre chronologique de retranscription de l'entretien.

2.1 GENERALITES CONCERNANT LA « PROCEDURE ETRANGER MALADE »

Nous précisons que pour les médecins qui n'avaient pas rédigé de procédure « étranger malade » en détention, certaines questions ont été posées dans l'hypothèse de ce qu'ils feraient s'ils devaient en faire.

2.1.1 Connaissance / Méconnaissance de la procédure

- Si je vous dis « procédure étranger malade en maison d'arrêt », qu'est que cela vous évoque ?

- Une procédure connue

« Je maîtrise un peu le sujet puisque, en plus de mon activité en milieu carcéral, j'ai été responsable du centre de rétention administrative [...] donc du coup je connais un peu la procédure ». E9

« J'étais à la base très sensible à la question car j'ai travaillé 6 ans au COMEDE du coup c'est une question que je me suis posé en prison ». E4

« Je connais très bien les questions de procédure étranger malade, parce qu'en fait je travaille en prison et en PASS. Et en PASS c'est du quotidien ». E1

- Une méconnaissance de la procédure

« Il n'y a pas de procédure particulière, ils nous demandent juste sur un papier tout à fait restreint simple : est ce qu'ils sont contagieux ou pas ? ». E3

« Il me semble que c'est assez méconnu ». E4

- Une procédure non réalisée de manière fréquente et régulière

« Sur la prison, je pense ne jamais avoir fait de demande « étranger malade » ». E8

« C'est peut-être arrivé une fois ou deux fois où j'avais dû faire un certificat car on me l'avait demandé ». E8

« Peut-être que je le fais moins spontanément en prison parce que des fois je me dis est-ce que c'est à moi de lui dire « est-ce que vous avez des papiers ? Pas de papiers ? » ». E4

« En prison c'est pas du tout du quotidien, c'est très occasionnel ». E1

« Nous, on en a peu, mais on en a quand même quelques-unes ». E11

- La régularisation de l'étranger

« Cela m'évoque une personne susceptible d'être expulsée pouvant bénéficier d'une autorisation de rester sur le territoire ». E7

« Permettre à une personne étrangère malade de pas quitter le territoire en cas de brusque libération, comme c'est le cas souvent en maison d'arrêt et la police qui est devant l'établissement et qui prend la personne devant l'établissement pour l'emmener au CRA derrière ». E2

« Lorsqu'on a une personne « étranger malade » elle peut bénéficier d'un aménagement, de carte de résident ou d'éléments qui permettent de rester en France pour raison de santé, à charge du médecin de faire un certificat décrivant sa pathologie et notamment la prise en charge nécessaire en termes de traitement, de délai de traitement qui permet donc en passant par la préfecture d'obtenir des moyens pour rester en France ». E9

« Si j'ai en face de moi un étranger, qui n'a pas de titre de séjour, qui a eu une pathologie grave pour laquelle il risque de ne pas avoir de traitement ou de prise en charge dans son pays d'origine, et où je me dis je suis médecin, il faut peut-être que je saisisse le médecin de l'ARS pour lui transmettre un rapport médical ». E4

« Ça m'évoque le droit de pouvoir rester sur le territoire pour des raisons de santé, pour éviter l'aggravation de l'état de santé avec un risque fonctionnel ou vital si la personne retourne dans son pays d'origine ». E1

« [...] on nous demande [...] est ce qu'ils ont une infection qui peut être contagieuse qui empêcherait leur transfert, leur rapatriement, en fin c'est le moment où ils les excluent [...]. C'est juste à ce moment là où on nous demande notre avis au niveau médical, est ce qu'ils ont une pathologie susceptible ... d'être transmise ». E3

« Ça évoque des problèmes pour les sorties, en fait les étrangers malades qui sont en attente d'extradition nous posent des problèmes bien évidemment, pour savoir si les soins vont être dispensés dans le pays d'origine ou le pays de destination et ça nous fait envoyer des certificats en accord avec le SPIP et surtout on transmet à l'ARS ». E11

- Une demande d'information de la part de l'administration pénitentiaire

« Ça m'évoque des choses à travers les documents que je vois passer de l'administration pénitentiaire où ils nous demandent, et c'est d'ailleurs comme ça qu'on sait qu'ils sont rapatriés dans leur pays. [...] Donc c'est l'administration pénitentiaire qui nous demande ». E3

- Un cadre législatif

« Ça veut dire au niveau législatif, les lois européennes sont là, elles disent que n'importe qui peut être soigné donc des aides sont mises en place en France, mais les étrangers ont le droit à la sécu ». E5

- Une situation difficile

« C'est souvent compliqué quand il y a une maladie chronique et qu'on a à faire à un patient qui serait en situation irrégulière ». E10

« Après c'est ce qu'ils vont devenir à la sortie qui pose problème ». E10

« Pas grand-chose, parce que c'est toujours des problèmes ». E11

« On va dire que sur la pratique quotidienne ça change pas grand-chose par rapport à un autre patient, on est d'accord, mais c'est surtout effectivement des problèmes administratifs beaucoup plus importants à gérer derrière quand on est prévenu que le patient détenu va partir dans 15 jours, 3 semaines ». E11

2.1.2 Le comportement face à la demande

- **Que faites-vous si un patient détenu étranger vous dit qu'il veut rester en France pour raison de santé ?**

- Rien de particulier

« [...] j'ai dû avoir 2 personnes de ce type-là. Donc qui étaient arrêtées pour faute de papiers mais ça s'arrêtait là ». E3

- Une anticipation de la sortie

« On essaie de prévoir [...] via la préfecture, qui elle-même renvoie ça sur le médecin de l'ARS [...] qui va décider si oui ou non le patient peut avoir le statut d'étranger malade ». E10

« Parallèlement à cette demande, il faut qu'on puisse lui trouver un hébergement, qu'il ne se retrouve pas à la rue ». E10

- La situation ne se pose pas comme cela en pratique ou les démarches administratives sont déjà en cours

« Ils sont déjà dans des démarches ». E8

« Des gens qui ont déjà fait des demandes d'asile qui ont été refusées ». E8

« Ça se pose rarement comme ça ». E8

- Une demande d'aide auprès d'organismes ou du SPIP

« Je me retournerais, pour le côté purement administratif, vers les services sociaux, du SPIP pour voir qu'ils les soutiennent dans cette démarche ». E8

« Je mets en lien éventuellement avec l'assistante sociale de chez nous ». E1

« Je me mets en lien avec le SPIP pour que le SPIP fasse les démarches avec lui ». E1

« [...] ce certificat peut être joint à un dossier que monte le SPIP ». E11

- La rédaction d'un certificat médical / rapport médical

« Si je pense qu'il y a moyen ... je pourrais faire un certificat médical ». E8

« Je lui remets un certificat descriptif de son état de santé et les pièces communicables ». E7

« On rédige à sa demande un certificat médical ». E9

« [...] et de l'autre côté je fais le rapport médical pour l'ARS ». E1

« On étudie le dossier médical, si on peut, lui proposer de rédiger un certificat médical constatant la pathologie, [...] et donc ce certificat peut être joint à un dossier que monte le SPIP et on transmet nous le document médical [...] au médecin de l'agence régionale de santé qui lui fait déjà un premier examen de la situation médicale et ensuite ce médecin de l'agence régionale de santé transmet à la préfecture son avis, [...] et puis c'est pas nous qui décidons ». E11

- Des renseignements sur la procédure / une évaluation de la situation administrative et médicale du patient / des explications au patient

« Je me renseigne, pour quel motif, je vois la procédure, et lui indique ». E7

« J'entends et puis j'évalue et puis après on peut poser les indications ». E2

« Je leur explique que ça ne concerne que certaines pathologies, il faut que dans leur pays d'origine les traitements nécessaires ne soient pas disponibles, c'est quand même pour des pathologies assez importantes [...]... je leur explique que dans tous les cas j'étais prêt à leur donner un certificat mais que pour ce type de pathologie ça ne marchait pas. Donc après, s'il veut ça, y a pas de souci, on lui fait un certificat ». E9

« Je vais vérifier qu'effectivement il est de la nationalité X, qu'il n'a pas de titre de séjour, et ensuite je vais me pencher sur sa pathologie ». E4

« Je pose les choses avec lui, je vois d'abord quel est son état de santé, si effectivement il y a une pathologie qui le justifie ou pas, soit ce n'est pas justifiable et je lui explique ce n'est pas justifiable ». E1

« Je commence par l'envoyer voir un spécialiste de sa pathologie, si pathologie grave il y a ». E6

✓ Une influence péjorative de l'expérience professionnelle

« Etant donné que j'ai travaillé au COMEDE , je suis un peu orienté à la base , parce que je me dis, par exemple, « j'ai un tunisien devant moi, il est diabétique insulino-dépendant, je suppose qu'en Tunisie il y a de l'insuline, donc moi spontanément je vais lui dire, je pense que ça ne marchera pas parce que l'insuline est probablement disponible en Tunisie c'est à dire que c'est des choses que j'ai acquises avec l'expérience, en sachant que je ne sais pas si ça se trouve ça fait 20 ans qu'il n'a pas remis les pieds là-bas, que c'est compliqué d'avoir la sécurité sociale, qu'il vient d'un village loin de la capitale et de l'hôpital universitaire ». E4

2.1.3 Les chiffres, les pays et les pathologies

- **En 2014, combien de rapports médicaux dans le cadre d'une procédure étranger malade avez-vous rédigés ?**

- Supérieur ou égal à 1

« Il n'y en a pas énormément [...] 4 ou 5 ». E9

« Deux ». E2

« Je dirais 2 ou 3 ». E4

« Deux ». E11

« J'en ai fait 2 en maison d'arrêt ». E10

« Un l'année dernière mais c'était déjà en cours j'ai repris le certificat qu'avait fait le gastro qui le suivait à l'hôpital ». E8

« En prison, peut-être 1 ». E1

- Aucun

« Aucun, je ne suis pas expert [...] je les adresse vers un expert ». E6

« Zéro ». E7

« Je ne suis pas trop confronté à ça, moi, je n'ai pas eu l'occasion de le faire, ça m'est jamais arrivé en détention ». E5

« On en a jamais fait sur Z... pourtant il y a quand même X détenus, on est comme tous les centres que vous avez visités en surpopulation carcérale et on en a jamais fait , parce que si on a avait eu vent de 1 au cours de ces 3 dernières années, c'est pas compliqué tous les soucis qu'il y avait c'est moi qui les gèrait donc je peux vous dire que du 1er décembre 2011 au 1er décembre 2014 , il n y a pas eu ce type de procédure ». E3

- **En 2014, pouvez-vous me citer les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles vous avez engagé une procédure « étranger malade » ?**

- Les maladies infectieuses

« En prison, je pense que c'était hépatite ». E8

« VIH et VHC qu'il fallait traiter ». E2

« Il y a des hépatites C, [...] c'est des hépatites C principalement ». E9

« Des séquelles pulmonaires d'une tuberculose, je crois qu'il avait une dilatation des bronches ». E9

« Hépatite ». E1

« Une hépatite C chronique active mais pas de fibrose ». E10

« Une hépatite C avec une fibrose, cirrhose du foie, donc éligibles au traitement ». E10

« Hépatites, les deux c'étaient des hépatites, alors une B et une C ». E11

« Maladies infectieuses : tuberculose, sida, hépatites évolutives, mais il faut que le patient détenu ne soit pas expulsé sur une grande ville comme Tunis ». E5

« En Iran, Irak : les maladies sexuellement transmissibles n'existent pas, on pourrait éventuellement engager une procédure ». E5

- Les maladies chroniques

« Le cas où j'ai été confronté, c'était une insuffisance respiratoire chronique de type syndrome restrictif sur tabagisme ancien ». E6

« Il était diabétique insulino-dépendant et il avait une épilepsie traitée par Gardéna[®] et Dépakine[®] ». E4

« Ce patient [...] avait un pacemaker qu'il fallait contrôler une fois par an et il avait été opéré d'un rétrécissement aortique donc valve mécanique et sous Préviscan[®] ». E4

✓ Les pathologies néoplasiques

« Un cas de cancer, une femme avec un cancer gynéco en cours d'exploration, enfin qui devait être pris en charge ». E9

« Lymphome qui avait été traité qui était considéré comme guéri à l'époque où il a été incarcéré ». E10

« Cancers évolutifs ». E5

- Les mauvais traitements

« Il avait surtout des séquelles de mauvais traitements et des plaies par balle avec des fractures des tibias qui avaient été soignées en Russie mais pas de façon satisfaisante puisqu'il avait une pseudarthrose avec genu valgum ». E10

- En 2014, quels sont les différents pays d'origine des patients détenus pour lesquels vous avez engagé une procédure « étranger malade » ?

- Les pays d'Europe de l'Est

« C'était plutôt Europe de l'est mais les pays précis je ne saurais pas vous dire ». E8

« Monténégro ». E2

« La dame, il me semble que c'était un pays de l'Est, de l'Europe de l'Est, Serbie ». E9

« Pays de l'Est [...] Kosovo, Albanie, et puis des gens de l'Est du côté de la Géorgie ». E1

« C'est un tchéchène ». E10

« Détenu d'origine géorgienne ». E10

« Un pays de l'ex URSS ». E11

« Russe, beaucoup de tuberculoses ». E5

- Les pays d'Afrique

✓ Afrique noire

« Ce monsieur, il venait de Guinée ». E6

« Zaïre ». E2

« Libye ». E4

« Plutôt l'Afrique [...] en prison on a beaucoup de gens du Nigeria ». E1

« Afrique de l'Est, Érythrée, Somalie, Kényan ». E5

✓ Maghreb

« La séquelle tuberculeuse c'était du Maghreb, c'était soit Maroc soit Algérie ». E9

« Algérie ». E4

« Le Maghreb ». E11

« Statistiquement, il y a beaucoup de tunisiens ». E5

- Les autres pays

« A ma connaissance, il n'y a pas eu d'asiatiques, ni Amérique du sud ». E9

« Chinois ». E5

2.1.4 La mise en place de la procédure

- **Pouvez-vous me décrire les différentes étapes que vous suivez lorsque vous mettez en place une « procédure étranger malade » ?**

- Les différentes étapes ne sont pas connues

« Non, je n'ai pas eu l'occasion de faire des procédures ». E7

- La procédure est réalisée en collaboration✓ Avec les services sociaux / associations / SPIP

« Je le ferais en passant par les services que je connais, donc en ce moment les assistantes sociales de l'hôpital, en particulier de la PASS car elles ont hyper l'habitude et éventuellement le SPIP ». E8

« C'est travailler en concertation avec l'assistante sociale, le cadre de santé, la SPIP, on essaye de se réunir ». E10

« C'est la CIMADE qui m'a contacté en me disant, il y a dans tel bâtiment, un patient libyen qui je crois est passé devant une commission, pour savoir qu'est-ce qu'il va lui arriver le jour de sa libération, donc est ce que vous pouvez saisir le médecin de l'ARS ». E4

« Mon rôle à moi, c'est de mettre en contact le SPIP avec le patient ». E6

« Lien avec le SPIP ». E1

« C'est le SPIP qui détient pas mal les clés du problème puisqu'il connaît bien la situation du patient détenu ». E10

« Lien avec le SPIP d'abord, après on fait une conférence téléphonique avec ce service de probation et moi je dis je vais rédiger un certificat médical à la demande du patient, de votre côté, [...] ils ont un dossier administratif à rédiger, donc la première étape c'est : on se met d'accord ». E11

✓ Avec le MARS

« Le médecin de l'ARS m'aide à réfléchir ». E2

- Des étapes de vérification des conditions nécessaires à la procédure

« Premièrement, vérifier la pathologie : donc une fois qu'on sait que la pathologie existe réellement et que deuxièmement on sait le pays et que ce pays correspond. On a des ressources : médecin de l'ARS qui finalise le renseignement pour dire que le pays ne peut ... , on ne peut pas raisonnablement penser que la personne pourra continuer son traitement ». E2

« Faire la synthèse médicale de la pathologie car il faut des arguments médicaux pour entamer une procédure. Accès facile, car on est des médecins supposés médecin traitant : argument pour le médecin de l'ARS. Ici le patient peut difficilement nous procurer des comptes rendus chirurgicaux, imageries car rupture avec la famille donc dans le doute je refais les radios ou autres examens, pour avoir la preuve médico légale de ce qu'ils disent ». E5

- La rédaction du rapport ou d'un certificat

✓ Remis au patient

« On lui fait un certificat, qui décrit donc sa pathologie, son stade évolutif, aigue, chronique et le type de traitement qui est nécessaire, de prise en charge. Le certificat nous on le remet normalement à la personne directement qui peut s'en servir ». E9

« Je remets une copie au patient ». E4

✓ Orientation du patient vers un spécialiste

« J'adresse vers un spécialiste, qui est reconnu comme expert par la préfecture, pour faire des certificats « étrangers malades » ». E6

✓ Envoyé au médecin de l'ARS

« Après nous on a aussi une procédure d'urgence, lorsque les détenus vont être libérés rapidement, ou donc ils ont besoin de ce document très rapidement, on est amené à faxer le document immédiatement au médecin inspecteur de l'ARS ». E9

« Rédaction d'un certificat qu'on transmet au médecin de l'ARS ». E2

« Le rapport médical détaillé au médecin de l'ARS ». E4

« C'est rapport médical au médecin de l'ARS sous pli confidentiel, et voilà en ce qui nous concerne ». E1

« Je vais rédiger un certificat médical à la demande du patient [...] le certificat médical sous pli cacheté [...] est transmis au médecin de l'agence régionale de santé, qui est chargé de l'étude de tous ces dossiers d'étrangers malades ». E11

« Faire la synthèse médicale de la pathologie car il faut des arguments médicaux pour entamer une procédure. [...]. Arguments pour le médecin de l'ARS ». E5

✓ A l'avocat

« [...] et à l'avocat de la personne ». E2

✓ Envoyé à la préfecture

« J'ai envoyé un certificat non descriptif où je préviens la préfecture que j'ai tel patient qui est détenu, qui a une pathologie grave [...] et je vais saisir le Médecin de l'ARS ce jour ». E4

« On commence par faire une demande à la préfecture, de pouvoir bénéficier du statut d'étranger malade, donc il y a un courrier ». E10

« Il y a un deuxième courrier sous pli confidentiel qui est retransmis généralement [...] par la préfecture au médecin de l'ARS qui [...] doit décider si oui ou non le détenu peut en bénéficier, si la pathologie justifie ou pas le statut d'étranger malade ». E10

- La transmission du dossier par le MARS à la préfecture et décision du Préfet

« [...] Il va rendre un avis, que je n'aurais pas, [...] qui va transmettre au vu du dossier que je lui ai transmis, [...] à la préfecture, du lieu de détention. Et là, le Préfet prend la décision de maintenir la demande d'extradition ou pas, au vu de l'avis éclairé du médecin de l'agence régionale de santé ». E11

2.1.5 Le moment le plus approprié pour débiter une procédure

« étranger malade »

- **A quel moment de la détention, envisagez-vous de débiter une procédure « étranger malade »?**

- Le plus rapidement possible

« Au moment de la sortie c'est trop tard ». E8

« Plutôt anticiper, dès qu'on en parle ». E8

« Dès que possible je pense, car comme c'est très long, il vaut mieux s'y prendre au plus tôt. Donc dès qu'on a connaissance de la pathologie ». E6

« Au plus tôt, après le jugement. Si on attend la sortie c'est trop tard ». E7

« Tout de suite ». E2

« Dès que c'est mis en évidence, pourquoi on retarderait les choses, ça prend déjà du temps de façon administrative, pourquoi attendre ». E3

« On sait jamais quand est ce que les gens vont sortir [...] on essaie le plus tôt possible justement, de pouvoir avoir un dossier qui permette d'obtenir les différents statuts qui permettront aux détenus de rester en France ». E10

- Quelques mois avant la sortie

« Jusqu'à maintenant la question s'est posée quelques mois avant la sortie, pas dès le début [...] quelqu'un qui est condamné à 4 ans, je ne sais pas si ça a un sens que je fasse la demande dès le début, d'une part par rapport à la pathologie et d'autre part par rapport à ce que j'ai compris, dans les X de toutes façons si on veut faire une demande de titre de séjour il faut personnellement se rendre à la préfecture, [...], enfin rarement, quelqu'un a une permission pour aller faire ces démarches personnellement à la préfecture [...] je me dis qu'il vaut mieux le faire quelques mois avant plutôt que 4 ans avant car je ne sais pas s'il vont l'obtenir pendant qu'ils sont en détention, ce titre de séjour. Car pour moi il faut se rendre personnellement à la préfecture pour le faire ». E4

« On a des titres de séjour provisoires sur 6 mois, donc s'ils ont 3 ans à faire, faire 6 mois recommencer 6 mois après alors qu'ils sont en prison et soignés, ça n'a pas beaucoup de sens. Donc en fait on prévoit 3-4 mois avant la libération le temps que la procédure se fasse ». E1

« Quand on sait quand ils vont sortir, quand on le sait ». E5

- Procédure à la demande du patient ou autre

« Cette procédure étranger malade, ce n'est pas nous qui la déterminons, attention, c'est le patient, il ne faut pas oublier ça, il faut pas prendre le problème à l'envers, c'est le patient qui vient nous voir et qui nous dit, je vais être extradé et je voudrais un certificat médical pour mon dossier donc d'accord pas de problème, donc on fait un certificat de constatations [...], en général c'est quand ils commencent à le savoir, c'est quelques semaines avant mais ils sont prévenus qu'ils vont être extradés ». E11

« En détention, mais quand on me le demande ». E8

« Dès la demande, dès que la personne s'exprime [...] on fait le plus rapidement possible, parce que généralement en plus quand ils viennent nous voir c'est qu'ils sont pas loin de la sortie, de la libération ». E9

2.1.6 Les difficultés

- **Quelles difficultés rencontrez-vous au cours de la procédure « étranger malade » ?**

- La méconnaissance de la décision finale de la procédure

« On ne sait pas très bien ce qui va être accepté ou pas ». E8

« On a parfois une réponse comme quoi le statut est pas accordé mais c'est pas motivé ». E10

- Déterminer si on est dans la procédure ou pas et sa pertinence

« C'est très compliqué de savoir si dans leurs pays d'origine ils peuvent se faire soigner ou pas, par rapport à cette pathologie-là, est-ce qu'ils ont accès ou pas à ces médicaments-là ». E8

« Lorsque la pathologie qui est relatée pour nous, ne relève pas de ce genre de demande, c'est à dire que c'est une pathologie qui est banale et pas du tout spécifique et donc c'est difficile de faire comprendre à la personne que la démarche ne servira à rien. Je pense que le patient voit à travers ça notre refus de faire ce document, donc dans tous les cas nous le faisons même si des fois on sait que ça servira à rien ». E9

« Est-ce que c'est la bonne démarche pour le patient, ce qui n'est pas du tout sûr ». E8

« J'ai vu des patients qui étaient prêts à se rendre malade, comme sur l'hépatite C ». E8

« Si c'est refusé, finalement je ne sais pas si on leur a forcément rendu service ». E8

« Les gens, ils font une demande « étranger malade », mais est-ce que c'est en désespoir de cause ? Pour trouver une façon de se régulariser et de pouvoir rester ». E8

« Est-ce que c'est intelligent de faire cette demande là et pas une autre demande ». E8

- La perte de documents par les patients ou par l'administration, les problèmes d'identité et le manque d'autonomie du patient

« Comme de manière générale, en prison, le fait que les gens aient perdu les documents ». E6

« C'était une histoire de papier d'identité, réelle puisqu'il y avait 3 noms différents dans des hôpitaux différents ». E2

« On a appris parfois que les courriers avait été perdus donc il fallait recommencer ». E10

« C'est souvent pas des personnes autonomes dans la gestion de leurs papiers, y compris sur le plan de la santé [...]. Il faut être très encadrant et guidant sinon ils ont du mal tout seul ». E6

- La transmission des documents à de multiples intervenants et l'identification du destinataire du rapport et des interlocuteurs

« Je sais que les personnes, elles ont parfois des difficultés [...] pour transmettre le document, donc il le donne au SPIP qui va transmettre à la CIMADE, ou à l'avocat, et là parfois ça prend un peu de temps ». E9

« C'est identifier le partenaire pour porter le certificat après, donc en fait c'est l'avocat qui porte le certificat ». E2

« Les interlocuteurs, on ne sait pas à qui on a à faire ». E10

« On ne sait pas qui à l'ARS prend ce genre de décision, on ne connaît pas le nom du médecin qui aura décidé que oui ou non la personne peut bénéficier du statut ». E10

« On a l'impression d'être en face d'une énorme machine administrative bureaucratique complètement dépersonnalisée, sans interlocuteur en face, c'est très frustrant ». E10

« Les difficultés c'est justement l'absence de vision globale et de clarté sur la coordination entre les différentes personnes qui s'occupent du détenu ». E4

- La rupture du secret professionnel

« Quand les patients souhaitent un certificat médical. [...] je fais globalement un « copier-coller » du rapport médical en mettant sous forme de certificat qu'ils ont le droit d'avoir en mains propres en tant que certificat et quand ils utilisent ce certificat en espérant avoir plus de chance de réussir [...] donnant en mains propres dans une administration et là ça pose des difficultés par ce que le secret médical est rompu. » E1

- La mise en relation avec le médecin de l'ARS

« Un échange en fonction de ce que dit le médecin ». E8

« Il faut la coopération du médecin de l'ARS, car ça passe par lui ». E5

« Le manque d'information entre le médecin de l'agence régionale de santé et le médecin rédacteur du premier certificat médical ». E11

« [...] Ensuite il faut l'accord administratif, la police on ne tient pas compte de leur avis. Le Préfet suit les avis, il faut bien rentrer dans le cadre de la loi, donc si on apporte des éléments médicaux qui rentrent dans le cadre de la loi ». E5

2.2 L'ARTICLE L313-11-11° DU CESEDA

2.2.1 La condition de résidence habituelle en France

- **Que comprenez-vous par « résidant habituellement en France » ?**

- Une notion floue

« Pour moi, ça ne veut pas dire grand-chose ... spontanément ». E8

« C'est une vague notion que j'ai ». E7

« Je ne sais pas si c'est défini administrativement ».

« Je ne sais pas comment c'est interprété dans les textes ». E1

- La régularité du séjour et visa

« Plusieurs manières, soit régulièrement soit irrégulièrement en travaillant souvent au noir ». E5

« Quelqu'un qui réside en France et qui n'a pas un visa de tourisme ». E8

« C'est que ça ne soit pas quelqu'un qui arrive avec un visa touristique et qui demande à rester pour raison de santé ». E1

- La durée sur le territoire national

« S'il vit en France, pour moi il réside habituellement en France ». E8

« Ca veut dire résident depuis un certain temps, j'imagine, plusieurs mois, ou plusieurs années je ne connais pas le délai ». E9

« Plus d'un certain nombre de mois par an : 3 mois? Ou 6 mois? ». E7

« C'est une personne qui est là depuis plusieurs mois, je dirais je pense quand même 1 an et au-delà ». E2

« La personne dit que je suis là depuis ... alors je ne vais pas dire plus de 3 mois car c'est la référence pour l'aide médicale d'état, mais j'allais presque dire ça, c'est à dire que la personne est là, se débrouille, dit qu'elle a peut-être des enfants, peut-être qu'elle a loué un appartement, peut être quelle fait du travail au noir, donc c'est quelqu'un qui pour l'instant, vit en France ». E4

« Un patient qui a construit toute sa vie en France, famille et travail, est ce qu'il faut le mettre dehors ou pas, il faut se poser la question ». E5

« S'ils sont en prison depuis un moment on peut considérer qu'ils résident habituellement en France depuis qu'ils sont en prison ». E1

« J'imagine que c'est quelqu'un qui avant de se retrouver en prison [...] habitait en France depuis un moment ». E10

« C'est quelqu'un qui, effectivement, est en France depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Mais il me semble qu'il y a un texte, il me semble que c'est 6 mois. Il me semble qu'il y a un délai et c'est assez court ». E11

- Des attaches en France et le désir de rester en France

« Ça veut dire que même s'il voyage, son bercail c'est la France, ça veut dire qu'il peut vivre 6 mois, 8 mois à l'étranger mais il est quand même résident français donc il revient, donc il n'échappe pas au côté sanitaire s'il revient ». E3

« Pour moi, s'il est en France pas en tant que migrant et qu'il a le désir de rester en France ». E8

« Patient qui a construit toute sa vie en France, famille et travail, est-ce qu'il faut le mettre dehors ou pas, il faut se poser la question ». E5

- Lien avec le droit à la santé

✓ Lien avec l'AME ou la CMU

« Une AME, ils peuvent l'avoir tout de suite ? Il faut un temps de résidence, c'est peut-être 3 mois ». E8

« Si c'est comme la CMU, ça doit être plus de 3 mois ». E6

2.2.2 La prise en charge médicale

- Pour vous en quoi consiste une « prise en charge médicale » dans le cadre de la procédure « étranger malade » ?

- Une définition floue

« Justement c'est très flou ça ». E11

- Aucune difficulté de compréhension

« Je pense que les gens comprennent, je pense que ça fait pas trop débat ». E8

- La même prise en charge qu'en « liberté » ou que les autres détenus mais plus difficile

« Pour moi ça ne change pas de l'extérieur, c'est idem, prise en charge médicale c'est je prends en charge mon patient en détention de la même manière que je le prendrai à l'extérieur, exactement pareil, et je me mettrais en 10 pour qu'il ait les examens complémentaires, tout ce qu'il faut. On prend en charge médicalement un patient, je suis médecin, il est malade, on le prend en charge comme à l'extérieur, c'est plus compliqué, c'est plus long, mais pareil que dehors ». E3

« C'est déjà donner des soins comme à n'importe qui ». E10

« C'est la procédure habituelle comme tout patient qui est incarcéré sous forme ordinaire [...] pour moi la prise en charge est classique, à partir du moment où il présente une pathologie, la prise en charge purement médicale est identique à tout autre patient détenu pendant le temps d'incarcération ». E11

✓ Prise en charge globale et accès aux soins

« C'est tout ce qui va autour de la prise en charge de la pathologie ». E8

« Tout ce qui est nécessaire pour traiter la pathologie ». E8

« Prise en charge relève d'un certain niveau de technicité en termes de soins [...] dont le niveau n'est pas accessible dans le pays d'origine, cela rejoint le traitement approprié ». E7

« C'est des soins dans le cadre d'une maladie chronique, [...] mais en général ça fait écho à notre mission de médecin de prendre en compte la santé des personnes et donc la prévention aussi est dans nos missions, et en prison en particulier [...] On peut très bien considérer que les conduites dangereuses, les mésusages et y compris le mode de vie peuvent faire l'objet d'un intérêt particulier ». E2

« C'est un terme large ». E4

« Diagnostic ». E5

« C'est de pouvoir avoir accès aux soins [...] accès aux soins de type palliatifs par exemple ». E1

« Sachant que l'accès n'est pas que des questions de droit à l'assurance maladie, il y a d'autres facteurs sur l'accès aux soins, facteurs culturels, environnementaux, liés aux professionnels de santé avec des refus de soins ». E1

« [...] après est-ce que ces soins qu'il nécessite peuvent être administrés dans le pays de destination, ce n'est pas à nous de le dire ». E11

✓ Traitement dont médicamenteux et observance

« Donc ça va des médicaments [...] ». E8

« Des prescriptions de traitement, une observance du traitement ». E6

« [...] de médicaments ». E7

« Tous les traitements [...] qui sont nécessaires à la prise en charge de l'état de santé de la personne pour éviter que ça s'aggrave ». E9

« Un traitement ». E4

« Traitement ». E5

« C'est de pouvoir avoir accès [...] aux médicaments ». E1

« [...] nous on dit que le patient, il a telle pathologie qui présente telle chose et qu'il a besoin de tel médicament, qu'il a besoin de tel suivi avec telle fréquence etc... et tels soins, c'est tout, après c'est pas à nous de dire ». E11

« Diagnostic, traitement ». E5

✓ Actes complémentaires et plateau technique

« Donc ça va des médicaments aux actes complémentaires [...] ». E8

« [...] d'examens ». E7

« [...] examens diagnostiques ». E9

« Quelqu'un qui a une hépatite B chronique inactive pour laquelle il faut faire tous les 6 mois une prise de sang avec la PCR et Ag Hbs ou l'écho abdominale, [...], c'est aussi [...] examens complémentaires ». E4

« [...] également tout le plateau technique ». E1

✓ Consultations spécialisées ou générales

« C'est des consultations spécialisées ». E6

« Consultations générales ou spécialisées ». E1

✓ Hospitalisation

« Donc ça va des médicaments aux [...] hospitalisations [...] ». E8

« [...] d'hospitalisation ». E7

✓ Suivi

« Donc ça va des médicaments aux [...] suivis ». E8

« [...] un suivi par consultation relativement régulier ». E6

« [...] de surveillance ». E7

« C'est aussi suivi, [...] surveillance ». E4

« Suivi ». E5

« Pouvoir faire en sorte que les soins si besoin pourront se poursuivre si il y a lieu, lors de la sortie ». E10

« [...] qu'il a besoin de tel suivi avec telle fréquence [...] ». E11

« Suivi ». E5

- A mettre en lien avec les conséquences d'une exceptionnelle gravité

« Il faut quand même le relier à la suite, aux conséquences d'une exceptionnelle gravité qui font référence à une maladie chronique ». E2

2.2.3 Les circonstances d'une exceptionnelle gravité

- **Que sont pour vous des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » ?**

- Une notion floue

« Ça, ça ne veut rien dire ». E8

« Pour moi c'est totalement subjectif ». E8

« Je pense que ça fait partie des problèmes, c'est que ce n'est pas défini ». E8

« Texte de loi très prudent, qu'on peut interpréter comme on veut ». E5

« Dans les extrêmes les gens vont être d'accord mais quand on va être au milieu ça va être compliqué ». E8

- Un problème de santé publique

« Mais on est souvent confronté à des maladies transmissibles qui pourraient éventuellement disséminer dans la population générale, si l'étranger ne pouvait être soigné de façon correcte et convenable ». E10

- La condition de l'absence de menace à l'ordre public / sûreté / terrorisme

« La menace pour l'ordre public prime sur le reste, car même en tant que médecin on ne peut pas mettre dehors quelqu'un qui risque de tuer quelqu'un sous prétexte qu'il a une pathologie, ici, il y a des gens particulièrement dangereux : on appelle ça la mise en danger de la vie d'autrui. Je mets en avant, s'il y a une menace pour l'ordre public il reste en prison, on le soigne ». E5

« Alors, ça c'est la réponse en sûreté, [...] c'est effectivement le terrorisme [...] et tout ce qui est rétention de sûreté. Alors rétention de sûreté c'est différent, c'est un cas à part d'après la loi, puisque [...] c'est un des rares cas où nous sommes obligés de délier du secret médical, donc l'exceptionnelle gravité c'est autre chose, mais c'est pas nous [...] qui décidons,

on sait que s'il y a un danger, on considère que le patient va faire des conneries on doit le délier de notre secret médical lorsqu'il y a une rétention de sûreté qui est prononcée à l'encontre d'un patient détenu ». E11

- Le rôle du médecin de l'ARS

« Moi, dans les rapports médicaux je ne marque pas en général que c'est une exceptionnelle gravité, c'est de l'ordre du médecin de l'ARS à partir des données que je lui donne [...] je fais un rapport médical très complet (tel diabète a une hémoglobine glyquée à « tant », il y a eu tel traitement, tel échec ; il supporte bien le traitement, il ne le supporte pas ...) après le médecin de l'ARS, il interprète ce rapport avec les éléments objectifs du rapport ». E1

- Une perte de chance, une aggravation, une infirmité ou un handicap, engagement du pronostic vital

« Une perte de chance de guérir ou d'améliorer son état de santé ou de le maintenir ». E7

« C'est à dire un risque de dégradation de l'état de santé que ce soit à court moyen ou long terme ». E4

« Quand il y a une dégradation certaine en l'absence de traitement ». E1

« [...] soit une infirmité permanente [...] le principe c'est qu'elle soit non réversible, plutôt court terme ». E6

« L'aggravation de son état tel que ça peut [...] engager de manière importante un handicap fonctionnel ». E9

« Toute affection qui risquerait d'entraîner un handicap fonctionnel irréversible ». E10

« Fin de vie, néo en phase terminale etc., par exemple [...]. Mais au titre de la santé, circonstance gravité exceptionnelle, pathologie au stade terminal très handicapante, très invalidant ou en fin de vie ». E11

« Ça engage le pronostic vital, assez rapidement ». E8

« C'est, conséquences qui peuvent entraîner soit la mort [...] la mort ça serait à long terme ». E6

« Le risque de décéder ». E7

« L'aggravation de son état tel que ça peut engager le pronostic vital ». E9

« Les complications liées à la maladie jusqu'au décès, au décès prématuré par rapport à ce qui serait potentiellement imaginable ». E2

« Dès que il y a un pronostic vital engagé à court terme, c'est non, donc souvent nous on a déjà mis les choses en place, donc à ce moment-là c'est non, non et non ». E3

« Alors le pronostic vital est rarement engagé ». E10

- Le problème d'échelle temporelle

« Quoiqu'un diabète ça engage le pronostic vital mais à quelle échéance? ». E8

« Où j'ai plus de mal, c'est par exemple sur des hépatites [...] notamment les hépatites B qui peuvent être d'une exceptionnelle gravité en terme évolutif jusqu'au décès, carcinome hépatocellulaire etc. , mais beaucoup n'évoluent pas et on n'est pas dans la capacité, on ne peut pas discriminer que celle-là va évoluer mais celles qui n'évoluent pas on ne peut pas garantir qu'elles ne vont pas évoluer dans 1 an, dans 2 ans, dans 10 ans, dans 20 ans et c'est là que la question d'exceptionnelle gravité est très compliquée, c'est à dire que tout de suite il n'y pas d'exceptionnelle gravité mais si on laisse courir dans 2-3-4 ans, on a peut-être une exceptionnelle gravité ». E1

- L'accessibilité du traitement

« Ça rejoint aussi le « traitement approprié » qui doit être accessible, techniquement adapté. Accessible dans le sens qu'il puisse avoir les moyens d'y accéder. Il faut prendre en compte si le domicile est loin et la situation financière ». E7

- Des soins médicaux programmés

« C'est hospitalisation ou un veto à ce qu'il parte dans son pays d'origine. Moi j'ai eu un patient, avec un problème cardiaque, il fallait qu'il se fasse opéré, c'était une chirurgie cardiaque et on m'a demandé le fameux papier : est ce qu'il est pas contagieux, est ce qu'il n'y a pas d'obstacle médical [...] on m'a demandé si il pouvait partir, j'ai dit non, parce qu'il avait une intervention de chirurgie cardiaque urgente dans un délai de moins de 2 mois, donc j'ai dit non, tout était programmé, c'était vital donc là j'ai mis mon veto ». E3

2.2.4 Les circonstances humanitaires exceptionnelles

- **Que signifient pour vous « des circonstances humanitaires exceptionnelles » ?**

- Une notion floue

« Ça signifie rien pour moi ». E8

« Je ne sais pas. Je suis incapable de dire quels éléments sont pris en compte pour une personne donnée dans ce cas-là ». E4

« Pas grand-chose ». E3

« Au cas par cas ». E5

- Le statut même de détenu

« Je dirais que tous ces détenus, c'est une circonstance humanitaire exceptionnelle, ils sont tous dans une situation sanitaire exceptionnelle, avec même pas le strict minimum mis en place, donc pour moi ils sont tous exceptionnels ». E3

- Ce n'est pas de la compétence du médecin

« «Appréciée par l'autorité administrative », c'est pour ça que je l'ai un peu zappé, j'ai dû me dire que ça ne me concernait pas ». E8

- Des circonstances particulières, autres que médicales, dans le pays d'origine

« Si chez lui, c'est une période où on ne pourra pas le soigner on en tient compte ». E8

✓ **Catastrophe naturelle, sanitaire:**

« Il y a eu Haïti ». E8

« Ebola ». E8

« Une grande famine ». E8

✓ **Conditions politiques et sociales**

« Les réfugiés politiques [...] ou si il y a des mises à mort prévues ou ils sont condamnés à des mise à mort ». E9

« Le danger que représente le retour dans le pays pour la personne, alors qu'il a fait des demandes d'asile politique. Là dans notre cas, c'est vraiment ça dont il était question :

il aurait été torturé dans son pays avant de venir en France, donc ça aussi ça rentre en considération ». E2

« Un état de guerre, par exemple, ou des circonstances politiques particulièrement difficiles ». E6

« État de guerre, réfugié politique ». E7

« Les personne qui dans leur pays il y a une guerre qui fait qu'il ne peut pas revenir dans leur pays ». E9

- Des conditions médicales

« Des personnes qui sont débilités, [...] des incapables et handicaps physiques ». E2

« La psychiatrie, le tableau psychiatrique vraiment fourni, avec une personne qui est vraiment très délirante, ça peut conduire à cette situation humanitaire exceptionnelle ». E2

- Des conditions familiales

✓ **Isolement ou insertion sur le territoire:**

« Si toute sa famille est en France ou s'il a déjà vécu plusieurs années en France et donc que sa vie est ici plutôt que dans son pays d'origine ». E7

« Toute sa vie en France, c'est dommage de le renvoyer, car il connaît la France, car c'est toute une famille qu'on va expulser, on va casser une famille ». E5

« Pour moi, c'est que s'il y a un refus parce que le traitement est disponible dans le pays et que les gens n'ont pas accès et que les gens s'insèrent bien, on peut faire une demande pour que le Préfet donne quand même un titre de séjour ». E1

« [...] il peut y avoir d'autres problèmes comme familiaux, je ne sais pas des enfants qui sont à la personne, la maman a disparu ou est décédée et c'est le seul pilier s'il reste en France pour les enfants mais ça c'est à nous de le déterminer ». E11

✓ Des personnes vulnérables

« Avec les enfants en bas âge ou une femme enceinte, ce cadre nécessite une évaluation, si on doit renvoyer une famille dans son entier, dans un pays avec enfant en bas âge ou une femme enceinte, ça peut être compliqué ». E2

- Toutes les situations

« Toutes les situations auxquelles on est parfois confronté de gens qui dans notre pays si ils étaient en situation régulière pourraient bénéficier d'une prise en charge optimale. Et donc, on est toujours dans l'exceptionnel puisque dès qu'il y a un petit grain de sable dans les rouages et on se retrouve en culotte courte ». E10

2.2.5 Le traitement

2.2.5.1 L'échelle de temps

- **Sur quelle échelle de temps vous basez-vous pour pouvoir affirmer qu'en l'absence de traitement une pathologie peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?**

- L'autonomie du patient

« À partir du moment où on a écarté la mise en jeu du pronostic vital, à partir du moment où on a mis en place le traitement, on a, à notre niveau cadré la pathologie, que le patient a le traitement, après je crois que ça lui appartient aussi de faire les démarches pour avoir le traitement. Quand ils partent comme ça on est toujours inquiet à la quantité de médicaments le temps de se retourner, de voir un médecin, on essaie de leur donner au moins 1 mois de traitement. [...] mais après ça fait partie de la prise en charge, l'autonomie du patient, qu'il s'accapare son problème de santé pour qu'il soit pris en charge, après ça nous appartient plus ». E3

- Une variabilité d'interprétation en fonction du médecin

« Est-ce qu'on le fait pour aider la personne et on pousse le bouchon au-delà de ce qu'on pense vraiment ». E8

✓ Echelle en année ou en mois qui viennent (court et moyen terme)

« Une maladie qui va soit engager le pronostic vital, soit un pronostic fonctionnel dans les années ou mois qui viennent ». E8

« [...] soit une infirmité permanente [...] le principe c'est qu'elle soit non réversible, plutôt court terme ». E6

« C'est plutôt de l'ordre de quelque mois ou à l'année, si pendant 4-5 mois il n'y a pas de traitement ça pourrait être gravissime, voilà c'est de l'ordre de quelque mois ». E9

« [...] que ce soit à court, moyen ou long terme ». E4

« Il faut raisonner sur plusieurs mois ou plusieurs années ». E5

« Ca dépend de la pathologie. En règle c'est [...] dans les 12 mois qui suivent la sortie, la libération ». E10

« Ca dépend de la pathologie, je prends en compte la pathologie et l'état immunitaire du patient [...] l'état de santé global du patient et l'évolution de la pathologie concernée. » E11

« [...] une hépatite qui n'a pas de soins, ça risque de flamber assez vite, c'est en mois ou un néo pulmonaire, ça va vite aussi ». E11

« Quand on connaît l'évolution d'une pathologie, si on ne fait rien on sait que ça va évoluer vers la gravité, donc il faut le traiter. Il faut raisonner sur plusieurs mois ou plusieurs années, s'ils doivent être expulsés sur une grande ville, ils peuvent se faire soigner, il n'y a pas de différence ethnique ou religieuse dans leur pays, si quelqu'un sait qu'ils sont VIH, ils peuvent ne pas se faire soigner pour des raisons éthiques. Certaines MST n'existent pas dans certains pays musulmans, ce n'est pas reconnu, même si y a les moyens de traitement dans le pays ». E5

✓ Difficulté des pathologies ayant des conséquences à long terme

« Je me poserais la question pour l'hépatite C sans fibrose chez quelqu'un qui va bien. » E8

« Diabète de type 2, je dirais non,[...], évidemment si c'est vraiment n'importe quoi et que son diabète se déséquilibre complètement, ça va finir par être embêtant, mais bon, dans son pays d'origine il y a probablement 30 % de diabètes qui ne sont pas traités ». E8

« C'est, conséquences qui peuvent entraîner soit la mort [...] la mort ça serait à long terme ». E6

« À long terme bien sûr, si par exemple on prend l'exemple du traitement pour la tuberculose ou VIH ou hépatite ou /et qu'il faille un traitement à vie ». E7

« À long terme, la vie quoi. On peut raisonnablement imaginer que ça va abréger la vie de la personne ou du moins limiter la longévité, je pense que ça rentre en considération ». E2

« [...] que ce soit à [...] long terme ». E4

« A long terme l'HTA, [...] mais c'est vraiment à long terme là c'est en années ». E11

- Un critère non pris en compte

« Nous, on se fixe pas de notion de temps, à partir du moment où la pathologie en elle même si elle n'est pas soignée pourrait entraîner des complications graves, on la calcule pas, la notion de temps, mais elle intervient ». E9

2.2.5.2 Les outils

- **Sur quels outils vous basez-vous pour déterminer si un traitement approprié est disponible dans le pays d'origine du détenu ?**

- Pas d'outil disponible connus

« Je ne connais pas les outils pour ça, il y en a peut-être, je ne sais pas ». E8

« J'en ai aucune idée [...] je n'ai pas de référence ». E6

« Ça, je ne sais pas ». E7

« Là aucun, on ne sait pas, il n'y a pas de mise en réseau. On a déjà du mal à se mettre en réseau entre nous en France, en réseau avec l'étranger ». E3

- Les outils personnels

✓ Site internet

« Sur le site du Ministère des affaires étrangères souvent pour se tuyauter un peu, pour avoir l'état de la structure sanitaire, ou du système sanitaire, enfin bon, comme ce sont des pays souvent pas trop loin, on peut regarder un peu sur internet. [...] le site du Ministère des affaires étrangères est bien fait ». E11

✓ Connaissances personnelles, imagination

« Éventuellement sur ce que j'en sais, ce que j'ai entendu ». E8

« Le classement des systèmes de santé ». E4

« On imagine qu'il y a certains médicaments ou certains traitements qui ne sont pas accessibles dans pas mal de pays du Sud ou même de l'Est ». E10

✓ Discussion avec d'autres professionnels

« Éventuellement en discutant avec d'autres professionnels. Une fois j'avais discuté directement avec, mais c'était le moment où c'était le médecin de la DASS, je discutais avec le médecin DASS ». E8

« J'ai une consœur qui pourrait me donner des sites si j'avais besoin ». E6

« Le médecin de l'ARS ». E2

« Des partenaires plutôt : AIDES qui s'empare des dossiers et qui soutient et qui fait l'espace à l'offensive sur cette question qui pourrait nous, dans le cadre de la consultation nous passer au-dessus, et comme là c'est des partenaires, ils interviennent avec nous, c'est vrai que eux ils ne lâchent pas l'affaire et que là où on serait un peu mous avec des gens qui sont demandeurs mais dont la demande nous conduit à produire une posture, un petit peu raide, donc le fait que AIDES soit là c'est clair que ça change la donne ». E2

« Il y a une permanence téléphonique du COMEDE donc là aussi j'appelle pour être sûr, si je rentre dans ce cadre-là ou pas ou en tout cas demander leur avis pour connaître un peu plus la question du traitement approprié ». E4

✓ Dires du patient et couverture sociale

« Sur ce que me dit le patient ». E8

« Je peux interroger le patient et rapporter les dires ». E7

« Il y a beaucoup d'endroit où les gens n'ont pas de couverture sociale et donc ils ne peuvent pas se traiter alors qu'en France ce serait éventuellement possible ». E10

✓ Faculté de médecine dans le pays

« S'il y a une faculté de médecine dans le pays, il y a pas de problème. Afrique de l'Est, je pense qu'il n'y pas de faculté, donc je pense qu'ils ne pourront pas être soignés ». E5

✓ Soins nécessitant un plateau technique et du personnel hautement qualifié

« Une opération chirurgicale très technique, on sait que dans le pays d'origine ça ne sera pas possible car même chez nous il faut aller à Paris ou à Lyon avec des très grands spécialistes ».

E1

✓ L'uniformisation des ordonnances

« On est quand même invité [...] à mettre les médicaments en DCI mais normalement ça devrait pas poser de problème, mais ce n'est pas tout de mettre le nom, est-ce que le pays en dispose? Aucune idée ». E3

- Ce n'est pas du ressort du médecin

« Je pense que ce n'est pas à moi de le définir, c'est le rôle de la tutelle sanitaire ». E7

« Ça ne relève pas de ma compétence ». E7

« Ça nous on le détermine pas, puisque il me semble que dans le texte ce n'est pas au médecin de l'UCSA de se déterminer là-dessus, c'est au médecin de l'ARS de le vérifier donc en fait nous on ne le précise pas [...] nous on ne le spécifie pas dans le certificat ». E9

« Je laisse le médecin de l'ARS. Ça aussi ce n'est pas ce qui est demandé théoriquement dans les textes [...] je n'ai pas le temps, je peux pas pour chaque patient que je vois aller regarder si tel ou tel traitement est disponible, s'il n'est pas disponible et selon quel critère et à partir de quoi, s'il est disponible combien il coûte, est ce que la personne quand elle va rentrer dans son pays, elle va pouvoir se le payer ou pas ». E1

**2.2.6 Le comportement du médecin face à un détenu étranger
atteint du VIH en détention**

- **Prenons l'exemple d'un patient détenu VIH, quels sont les éléments (clinique, thérapeutique, administratif...) que vous prenez en compte pour engager une procédure « étranger malade » ?**

- Les éléments cliniques, biologiques ou thérapeutiques

« Le statut sérologique ». E7

« S'il est séropositif, c'est bon ça me suffit ». E8

« La pathologie, son stade, c'est dire le stade évolutif, est ce qu'il est au stade sida ou non, est ce qu'il a une pathologie kaposi ou autres qui interviennent, le traitement nécessaire, le type de traitement [...] qu'il a au jour d'aujourd'hui ou qui est nécessaire ». E9

« À partir du moment où il y a la pathologie, même s'il n'est pas traité. Tout patient qui serait VIH pourrait bénéficier de la procédure [...] à partir du moment où il y a un VIH même si « il est porteur sain » on le fait ». E2

« Le fait de se dire, qu'ils sont dans un parcours de soins et qu'il y ait une rupture soudaine du traitement, ce qui signifierait répllication virale, et je ne sais pas quel est le temps pour pouvoir se réinsérer dans une démarche de soins dans le pays d'origine ». E4

« VIH je l'engage [...] Le seul où ça pourrait ne pas se faire c'est des gens qui ont au bout de 15-20 ans, une charge virale indétectable sans traitement, c'est 2 % des gens. Donc ceux-là on pourrait dire, non de toutes façons ils n'ont pas besoin de traitement ». E1

« Ça va être essentiellement la charge virale et les lymphocytes, les T4. C'est-à-dire que en fait maintenant tout le monde est redevable du traitement quel que soit le statut alors on pourrait dire que dès qu'on a la confirmation de la séropositivité, il y a la nécessité de mettre en route un traitement, et il n'y a pas de raison, que parce qu'on est étranger on ne puisse pas bénéficier du même mode, du même traitement qu'un citoyen français lambda. » E10

« C'est les facteurs de gravité moi j'insiste là-dessus, les facteurs de gravité de l'évolution de la maladie ». E11

« On a eu des hépatites C, qu'on devait prendre en charge et traiter avec des médicaments extrêmement onéreux, et on a réussi à faire une libération conditionnelle. Donc pour le VIH qui a un traitement et qui part dans un pays dont on ne sait pas s'il va avoir un traitement, moi je suis prêt à faire cette démarche-là ». E3

- L'accessibilité du traitement dans le pays d'origine

« Il y a des pays où ils ont accès s'ils habitent la capitale ». E8

« C'est l'accès à la trithérapie dans son pays [...] en réalité pas en théorie ». E8

« Le fait qu'il ait accès dans son pays d'origine à la trithérapie et au suivi ». E6

« Parce que s'il n'a pas accès au traitement ça se finit par la mort donc c'est une exceptionnelle gravité [...] quelqu'un qui me dit qu'il ne peut pas être traité chez lui, j'engage la procédure pour le VIH, ça très clairement ». E1

« Je peux lui poser la question si chez lui il a accès, est ce qu'ils ont assez d'argent dans la famille pour payer le traitement, il y a des pays ou quand même le gouvernement fait de gros efforts pour que les traitements ne soient pas très chers mais en regard de ce que gagne les gens, ça peut être tout de suite des grosse sommes ». E1

« [...] la disponibilité des traitements dans les pays d'origine, j'insiste là-dessus, en disant bin voilà d'après nos informations, en général je conclus comme ça, ce patient ne pourra bénéficier d'un suivi et d'un traitement adéquats et donc entraîne une perte de chance [...] s'il retourne dès maintenant dans son pays d'origine ». E11

« Si on est sûr qu'il ne pourra pas se faire soigner dans le pays d'origine ». E5

« S'ils n'ont pas les moyens financiers, ils n'auront pas accès ». E8

- Le pays d'origine

« Je me dis tout ce qui est pays du tiers monde, en étant très large : l'Afrique du nord au sud, donc là je n'hésite pas ». E4

« Si on est sûr qu'il ne pourra pas se faire soigner dans le pays d'origine ». E5

« [...] ce patient ne pourra bénéficier d'un suivi et d'un traitement adéquats et donc entraîne une perte de chance [...] s'il retourne dès maintenant dans son pays d'origine ». E11

« En Iran, Irak : les maladies sexuellement transmissibles n'existent pas, on pourrait éventuellement engager une procédure ». E5

« Le fait que ça soit un pays en guerre ou non ». E6

2.3 LE RAPPORT MEDICAL

2.3.1 Les éventuels outils mis en place par les médecins

- Quels sont les outils ou moyens que vous avez mis en place pour vous aider dans la rédaction de votre rapport médical ?

- Aucun outil mis en place

« Aucun, j'en ai pas fait assez pour avoir développé un outil particulier ». E8

« Aucun, on dicte un certificat, voilà, on n'a pas d'outils ». E9

« Je n'ai pas d'outils pas de moyens, car comme j'en fais énormément, je connais bien le rapport médical ». E1

« Je n'ai pas de grille ». E10

- La constitution du dossier

« Récupérer les données présentes ou passées du détenu, du dossier médical, on étudie tout ce qui pourrait rentrer dans la procédure. Rechercher tous les antécédents, et rechercher les preuves. Téléphoner aux hôpitaux où ils auraient été hospitalisés. Ce n'est pas facile car il y a le secret professionnel. Il faut souvent envoyer un fax pour recevoir le dossier médical, il faut surtout les éléments médicaux, dans le cadre de la loi ». E5

« Je m'appuierai sur un rapport médical précédent qui a été fait pour un autre patient ». E6

- La discussion du dossier

✓ Avec les confrères ou autres personnes

« En ayant discuté avec des confrères qui ont l'habitude, soit des travailleurs sociaux qui connaissent la situation du détenu, voir même qui connaissent un peu le climat local ». E8

« Les associations et l'ARS ». E2

« J'appelle aussi les collègues, le médecin de X ou le médecin de Z, enfin des gens avec qui j'ai des relations privilégiées, je les appelle pour discuter et avoir un échange sur les questions, comme ressources ». E2

« Appel téléphonique au COMEDE ». E4

✓ Avec les Juges

« J'aimerais qu'on soit vraiment en lien direct avec les Juges, c'est un manque cruel. J'ai harcelé les Juges d'applications des peines pour qu'on se rencontre pour discuter de dossiers qui me paraissaient pertinents intéressants [...] c'est la réunion avec les Juges d'application des peines, c'est ce qui serait pertinent, car eux nous donneraient leur point de vue dans un domaine qui nous appartient pas et nous on pourrait leur apporter des éléments qui éviteraient des expertises qui durent durent ... est ce que vraiment son état de santé nécessite ça etc ». E3

- Des formations spécifiques

« J'ai eu des formations, des journées, autour de ces questions-là, où on se regroupe au niveau régional par exemple. [...] il y a des formations sur les droits des étrangers très souvent ». E1

- Un certificat médical type

« On a un certificat type, mais c'est un certificat bateau, puisque c'est pour un confrère de l'agence régionale de santé, c'est toujours la même chose : antécédents, [...] c'est plutôt un exposé de l'état de santé, c'est un certificat médical rédigé sous forme d'un exposé de l'état de santé actuel, constaté à un instant « t », avec en conclusion [...] ». E11

- La consultation de sites internet ou de guides

« Le site de l'APSEP (association des professionnels de santé exerçants en prison), puisqu'il y a des textes référentiels, l'OIP (observatoire international des prisons), c'est des sites sur lesquels je vais volontiers. Il y a aussi un site Europe prison ... je sais plus c'est quoi, qui évoque aussi les choses du point de vue de la législation européenne, donc en fait j'explore aussi comme ça pour m'éclairer quand j'ai des situations compliquées ». E2

« Dans la rédaction, il y a aussi le modèle qui est disponible dans le guide du COMEDE ». E4

« On peut regarder facilement sur internet, s'il y a une faculté de médecine ». E5

« Nous on travaille beaucoup avec le guide méthodologique. Pour les pays en fait c'est à dire pour les pathologies. J'imagine qu'en Géorgie « sovaldi » il n'est pas disponible facilement, c'est vrai qu'on imagine des choses parfois, c'est vrai que c'est difficile de connaître ce qui est possible et l'infrastructure exacte. Moi je vais parfois sur le site du Ministère des affaires étrangères où il y a les différents pays mais il n'y a pas toujours des renseignements très

pertinents sur l'infrastructure et sur les possibilités exactes. Non après c'est un petit peu au pifomètre ». E10

2.3.2 Le contenu de l'information

- **Quelles informations faites-vous figurer dans votre rapport ?**

- Aucune limite

« Alors pour le médecin de l'ARS c'est « tout », il est médecin c'est un secret partagé donc il y a aucun problème. [...], je crois qu'on ne doit pas avoir de réserve, qu'on doit donner à nos confrères tous les moyens pour qu'ils jugent correctement la situation ». E3

« Que des informations médicales, pas d'informations religieuses, politiques ou judiciaires ». E5

- La situation médicale du patient

- ✓ **Description de la pathologie**

« Je mets la pathologie et je décris ». E8

« Je fais un certificat médical de son état clinique ». E8

« La gravité de la maladie ». E6

« Le certificat descriptif de l'état de santé ». E7

« La personne [...] me disant qu'elle est atteinte de telle et telle pathologie, [...] un peu le détail, un peu l'évolution [...] le stade évolutif de la maladie ». E9

« La pathologie de la personne ». E2

« Tout ce qui est pathologie bien évidemment ». E4

« Que des informations médicales ». E5

« Il présente tel pathologie ». E1

« Les antécédents, histoire de la maladie, les conditions de vie, l'évolution, les examens complémentaires, le suivi en place, voilà, c'est tout et puis la conclusion d'après ce qu'on sait, d'après l'état sanitaire du pays d'origine ». E11

✓ Nécessité de traitement

« La nécessité de son traitement ». E8

« Le traitement à suivre ». E6

« [...] le traitement nécessaire ». E9

« Dans le pays il n y a pas l'accès aux soins, au traitement ». E2

« Je conclus en disant qu'il nécessite l'accès à tel ou tel traitement ». E1

« Je décris la situation du patient telle qu'elle est, le traitement envisagé, et j'essaye d'argumenter de façon « efficace » pour que mon interlocuteur comprenne la nécessité de faire bénéficier du statut d'étranger malade au patient pour qu'il puisse se traiter correctement ». E10

✓ La programmation du suivi

« Ce qui est programmé, le suivi éventuel ». E8

« Ce qui est prévu en terme de suivi [...] et de suivi thérapeutique ». E8

« Où est ce qu'on en est, est-ce qu'il y a des examens complémentaires à faire ou pas, si c'est nécessaire, s'il y a une prise en charge particulière à faire ». E9

« [...] tout en disant ce qui est prévu en terme de rendez-vous ». E1

« [...] le suivi en place [...] ». E11

✓ Le pronostic

« Si il y a un pronostic engagé clairement défini ». E8

✓ Autres pièces communicables

« Les pièces communicables, les photocopies ». E7

- La situation personnelle, administrative et le droit à la santé du patient✓ Identité

« Nom, prénom, date de naissance ». E9

« M..X, date de naissance ». E1

✓ Origine du patient

« La personne [...] disant qu'elle est originaire de tel pays ». E9

« [...] qui me dit être de tel pays ». E1

✓ Accès aux droits et aux soins avant la détention

« Ce serait de dire si la personne avait par exemple accès aux droits avant la détention, ça permet de dire : voilà monsieur, était, avait l'aide médicale, il allait au centre de soin, il avait un médecin traitant, il avait un médecin spécialiste, donc donner des arguments en plus sur l'observance, l'accès aux droits et aux soins ». E4

- Une phrase type

« Je termine par une phrase type, rapport médical établi à la demande de l'intéressé, adressé sous pli confidentiel au médecin inspecteur de la délégation territoriale [...] J'ai ma phrase type ». E1

- Les conditions extérieures non abordées

« [...] Je m'occupe pas trop de la sphère familiale, ça c'est le SPIP qui transmet les conditions extérieures ». E11

« Sur le plan social : très peu, il faut faire appel à l'assistante sociale ». E5

2.3.3 Les difficultés dans la collecte des éléments médicaux

- **Quelles difficultés rencontrez-vous dans la « collecte » des éléments médicaux concernant votre patient ?**

- Aucune difficulté mais potentiellement chronophage

« Nous, on n'en a pas tellement, enfin à priori on n'en a pas ». E8

« Par expérience, tous les cas qu'on a rencontré on n'a pas eu de gros soucis pour répondre à ces questions-là ». E9

« Les patients, on arrive à faire venir les patients, c'est lui qui détient son dossier médical vivant, quand on contacte les collègues il n'y a aucun problèmes ils nous faxent les comptes rendus, les documents sans aucun problème ». E3

« C'est souvent des pathologies qui sont dépistées à l'occasion de l'incarcération, dans la plupart des cas, donc les antécédents préexistants soit ne sont pas connus soit sont sans intérêt, voilà c'est un petit peu, l'essentiel du dossier il est constitué par ce que nous, on a bien voulu y mettre depuis qu'on a le patient sous le coude ». E10

« Pas plus qu'avec les autres patients [...] on fait un bilan complet, on ne sait à quoi on a à faire ». E11

« Accès facile, car on est des médecins supposés médecin traitant ». E5

✓ Patients déjà connus

« Généralement, les personnes qui demandent ça elles sont passées quelque temps chez nous, donc on a eu le temps de prendre en charge leur pathologie ». E9

✓ Démarche volontaire du patient

« A priori, les gens sont demandeurs et d'accord donc si on veut vraiment avoir des dossiers médicaux [...], il n'y a aucune raison qu'on ne nous les donne pas ». E8

✓ Récupérer les éléments médicaux déjà faits

« On demande aux autres hôpitaux, on étaye le dossier, on se met en relation, on refait en fonction de ce qu'il faut mais on ne reprend pas tout à zéro, on s'appuie énormément sur ce qui est déjà fait, toujours, et on fait des efforts conséquents pour obtenir toutes les sources d'informations maximales. On considère que ça participe aux soins et à la préparation de la sortie, puisque des fois les personnes retournent à leur milieu d'origine ». E2

« Quand il me manque des éléments j'essaie de me mettre en lien, en l'occurrence pour celui qui avait le pace maker, d'appeler l'UHSI où il avait été hospitalisé pour savoir exactement le suivi qui est préconisé par rapport à la pose du pace maker et son intervention. Essayer d'avoir des éléments médicaux à droite à gauche, pour pouvoir étoffer le rapport médical ». E4

« S'il était suivi à un autre endroit où il faut appeler pour récupérer les éléments. [...] c'est les gens qui arrivent de leur pays d'origine, des migrants qui arrivent, qui parfois ont eu des bilans très poussés dans leurs pays d'origine, et ils arrivent avec rien, ils ont déjà eu des scanner, des IRM. [...] dans ce cas-là on refait nous les examens on n'a pas le choix ». E1

« [...] Ici le patient peut difficilement nous procurer des comptes rendus chirurgicaux, imageries car rupture avec la famille donc dans le doute je refais les radios ou autres examens, pour avoir la preuve médico-légale de ce qu'ils disent. Quand on a les arguments on peut faire le courrier ». E5

- Les autres antécédents

« [...] le reste effectivement, on ne sait pas trop parfois, s'il y a des antécédents particuliers ». E11

- Le secret médical entre médecins

« Dans quelques cas, des médecins, quand ça a été suivi ailleurs que sur l'hôpital, [...] qu'ils ne veulent pas parce qu'ils sont soumis au secret médical, [...] quand ça arrive, on demande à la personne de faire un papier comme quoi elle demande à ce qu'on ait le compte rendu ». E8

« Secret professionnel ». E5

- Des problèmes d'identité du patient et des intervenants médicaux

« C'est eux qui posent problèmes [...] le monsieur m'a donné un nom de spécialiste [...] cette spécialiste je l'ai contactée, elle n'avait jamais fait de documents pour lui, et finalement lui ne se rappelait plus qui avait fait le premier certificat ». E6

« C'était l'histoire de l'identité de la personne qui était variable, il y en avait plusieurs ». E2

2.3.4 La transmission du rapport

2.3.4.1 A qui ?

- **A qui remettez-vous votre rapport ?**

- Incertitude du destinataire

« Je pense que je l'enverrais directement au médecin, mais après je ne sais pas. Qu'est qu'il faut faire ? ». E8

- Aux patients

« En général je le donne aux détenus ». E8

« J'en donne un au patient, et d'ailleurs plusieurs exemplaires au patient qui lui en fonction, le transmet [...] puis pour l'avocat, c'est le patient qui s'en occupe et le patient qui a remis à AIDES ». E2

« Ça peut être un certificat médical, normalement remis au patient ». E5

« Il y a des gens qui insistent pour l'avoir, je ne donne pas le rapport médical mais je le refais sous forme de certificat remis en main propre et je leur dis attention à ce que vous en faites. Et c'est là où il y a des risques, c'est quasi le double du rapport. Je le fais que s'il demande ». E1

« Au patient sans aucun problème, à partir du moment où on fait un rapport il appartient au patient quel que soit le rapport, ça concerne sa santé sa prise en charge, je le confierais sans aucun scrupule au patient. [...] Toujours, la précaution que ça doit être à l'abri des uns et des autres ». E3

« Toujours un exemplaire au patient ». E11

« Généralement ils le savent, on me l'a demandé, c'est la personne de la CIMADE qui m'a dit de le faire donc je vais lui transmettre ». E9

« Après jamais de certificat demandé par un tiers même un avocat, ça passe par la personne ». E1

- Aux médecins destinataires

« La dernière fois, je l'avais directement envoyé au médecin conseil [...] car il me l'avait demandé ». E8

« Au MARS ». E6

« Je l'envoie sous enveloppe au médecin de l'ARS avec la mention « confidentiel » et le nom de la personne destinataire ». E7

« Par fax, c'est l'accord qu'on a eu avec le médecin de l'ARS, c'est lui qui nous a dit « envoyez-le moi par fax », enfin on s'est entendu comme ça ». E9

« Je faxe à l'ARS, à l'inspecteur de l'ARS ». E2

« J'envoie par fax au médecin de l'ARS [...] et je vérifie qu'ils l'ont bien reçu, j'appelle le secrétariat pour vérifier que le fax est bien arrivé ». E4

« Peut-être envoyer au médecin de l'ARS, il faut faire attention au médecin de l'ARS, il faut faire avec le secret professionnel. Le problème du fax avec le MARS, le fax est lu par plusieurs personnes, mais c'est le seul moyen de traiter le dossier rapidement, par courrier ça serait trop long ». E5

« Rapport adressé au MARS, sous pli confidentiel, juste par courrier ». E1

« Un exemplaire au médecin de l'agence régionale de santé ». E11

- Envoi à la préfecture qui le transmet au médecin de l'ARS

« Ça transite en principe par la préfecture. C'est la préfecture qui retransmet le rapport qui est sous plis cacheté confidentiel, donc qui en principe n'est pas ouvert par les services de la préfecture, et qui le retransmet au médecin de l'ARS. Un certificat comme quoi il peut bénéficier et un rapport circonstancié dédié au médecin de l'ARS. Dans 2 enveloppes différentes ». E10

2.3.4.2 Comment ?

- **Quels conseils donnés vous au patient concernant le rapport que vous lui délivrez ?**

- Aucune consigne particulière

« Pas de consigne particulière ». E9

- Des conseils sur le destinataire ou l'utilisation du rapport

« Je lui dirais de ne pas le filer à quelqu'un d'autre qu'au médecin [...]. Il ne faut pas que ça aille ailleurs parce qu'après des fois au niveau des préfectures, on ne sait pas trop comment ça se termine ». E8

« Je lui dirais de le donner au médecin ou éventuellement à l'association qui s'occupe de ça ». E8

« C'est un document clé pour sa situation et que il faut transmettre ça, je lui dis même au directeur de la prison et à son avocat en tout cas et je l'informe que je transmets au médecin inspecteur ». E2

« Il en fait ce qu'il veut mais on lui dit quoi faire, on lui donne la procédure, à pas donner à la police ». E5

« Il sait que ce certificat va servir, va partir vers le médecin de l'agence régionale de santé, c'est sa propriété propre, il pourra faire valoir ce que de droit, même s'il reste en France après, même si il sort de l'établissement pénitentiaire en attendant quelque part ou s'il est changé d'établissement il peut s'en servir ». E11

- L'orientation du patient vers des structures d'aide aux étrangers

« Je l'oriente vers la permanence d'accès aux soins, je fais un courrier et je lui dis que là-bas (je connais 2 médecins qui interviennent) donc en plus avec le rapport médical ils vont comprendre qu'on était dans cette démarche et du coup ils pourront l'orienter vers médecins du monde qui a une permanence pour la démarche de titre de séjour étranger malade pour pouvoir continuer les choses à l'extérieur ». E4

- **Que faites-vous de la copie du rapport ?**

- Une copie gardée dans le dossier médical du détenu

« Quand je fais des certificats, je fais toujours une copie que je garde dans le dossier médical ». E8

« Je ferais une copie du rapport à garder dans le dossier médical, en version informatique ». E6

« Dans le dossier médical ». E9

« Reste dans le dossier médical et puis c'est tracé dans le dossier qu'on fait la démarche, à quel moment, on est informatisé ». E2

« Je la garde dans le dossier médical, et je mets un mot pour les confrères ». E4

« J'ai toujours une copie dans le dossier, du rapport ». E1

« Une copie dans le dossier médical ». E11

- Pas de copie au patient

« Je ne remettrais pas de copie du rapport au patient ». E6

- Une copie remise au patient

« Au patient je lui donne une copie ». E4

« On a pour habitude en fait, de faire un double de tous les documents médicaux importants qu'on peut être amené à faire, et à le donner au détenu ». E10

- Le libre choix du patient

« Comme tous documents qu'on remet au patient en détention, déjà je lui donne le choix : est-ce que vous voulez le rapport ou pas ? Et là vous allez être étonnée de la réponse, dans 90 % des cas ils ne veulent pas avoir de documents, et moi je les comprends parce qu'il y a des fouilles, parce qu'ils sont dans 90 % des cas, pas seuls en cellule, ils n'ont pas envie de laisser ce document traîner même s'ils le cachent, ils ne sont pas certains que ». E3

- **Quelle(s) mention(s) spécifique(s) porte(nt) votre rapport médical lors de son envoi, afin de respecter la confidentialité du dossier ?**

- Les mentions et envois particuliers

« À l'attention du médecin, tamponnée ». E8

« C'est écrit dans la dernière phrase et on a un tampon confidentiel et c'est adressé au médecin inspecteur ». E1

« Sous pli cacheté, par la poste ». E11

« Pas sous forme recommandée. » E8

« Je l'enverrais sous pli confidentiel par recommandé avec accusé de réception ». E6

« Je sais vraiment où ça arrive, et j'ai le médecin inspecteur après derrière qui me dit qu'il a reçu, c'est un fax qui est autorisé [...] c'est un fax sécurisé ». E2

« Envoyé par fax, car je n'avais pas le choix et je m'étais assuré qu'il avait bien reçu ». E5

« Par courrier : médecin de l'ARS, secret médical ». E5

« Moi je suis assez moderne sur le truc, après faut juste encadrer le moderne, moi ça ne me gêne pas d'envoyer pas mail, à partir du moment où c'est confidentiel, je crois que ça va vite, ça fluidifie un peu les choses, on est quand même en 2015, il faut vivre avec son temps ». E3

« Surtout pas d'envoi par mail ou par fax, c'est interdit par la loi ». E11

« Un petit certificat, destiné à la préfecture donc sans trahir quoi que ce soit, en disant que monsieur X ou Y était atteint d'une pathologie, qui justifiait qu'on entreprenne la procédure d'étranger malade, et ça ce certificat, était joint sous pli cacheté avec la mention

confidentielle, un rapport destiné au médecin de l'ARS ». E10

- Aucune mention

« Si les gens veulent l'ouvrir, je ne pense pas que ça soit un tampon « confidentiel » qui change grand-chose, je pense qu'en dehors d'un envoi recommandé, le reste ça change rien ». E8

« Je n'aurais pas pensé à le faire moi-même, les secrétaires l'auraient peut-être fait ». E6

« Sous enveloppe qu'on remet au patient, pas de mention spéciale ». E9

« Pas de mention spéciale, parce que c'est le numéro du secrétariat du médecin de l'ARS donc j'avoue que non. Par contre pour la préfecture, aucune mention de diagnostic, c'est effectivement un certificat avec l'entête du service, mon nom ». E4

2.3.4.3 Dans quel délai ?

- **Lorsque vous avez décidé de mettre en place une procédure « étranger malade », combien de temps s'écoule-t-il entre la prise de connaissance du dossier et l'envoi de votre rapport ?**

- De quelques jours à 1 semaine

« Ça peut être fait dans la semaine ». E8

« [...] si on a le diagnostic c'est en quelques jours, on voit le patient, si la personne est connue pour la pathologie, qu'elle est suivie, elle arrive et le jour même j'ai fait le certificat. Il y a pas de délais, c'est immédiatement ». E9

« Je dirais une petite semaine, ça dépend de mes dispo des consultations, le temps d'aller regrouper les choses, avoir le temps de s'asseoir pour rédiger le rapport et le faxer, mais 1 à 2 semaines entre le moment où je décide et où je le fais ». E4

« Moins d' 1 semaine ». E1

« 1 semaine, à partir du moment où on fait ça et qu'il y a le patient qui le demande ». E11

« Au CRA, une demi-journée, il faut faire vite ». E5

- De quelques semaines à quelques mois

« Si je ne m'active pas car on ne m'a pas dit de m'activer ça va durer 2-3 semaines ». E8

« Il peut s'écouler 1 à 2 mois à peu près ». E10

« [...] et pour le jeune homme, il est arrivé à l'automne en octobre, et j'ai dû le faire en décembre donc 2 mois ». E2

- Variable en fonction du moment où la demande est faite

« C'est très variable, en fonction du cas, parce qu'il y a des gens qui arrivent et disent « j'ai des problème digestifs » et donc on n'a pas encore le diagnostic, donc le temps de faire les démarches, de faire les examens et d'aboutir au diagnostic qui va peut-être aboutir à ça, ça peut prendre plusieurs semaines [...] lorsqu'on n'a pas de diagnostic précis ou si on a un diagnostic dont on connaît pas encore le type de traitement qui sera nécessaire, là, j'ai pas les données médicales, donc là ça prend le temps d'obtenir ces données médicales ». E9

« Pour la dame [...] le certificat étranger malade j'ai dû le faire au bout d'un an peu près ». E2

2.3.5 Les partenariats

- **Est-ce que vous ou le patient faites appel à un autre service ou à une autre personne pour la mise en place de cette procédure ?**

- Les autres services sanitaires

« Je peux très bien demander un certificat médical d'un spécialiste, si je considère qu'il le faut, [...] mais un autre service non. On peut demander aussi un avis éclairé au CSAPA qui s'occupe de toxicomanes mais bon ça change pas grand-chose, c'est quelque chose que je mets moi-même dans le certificat médical, un exposé des faits médicaux ». E11

- La mise en relation avec le MARS

« Ça m'est arrivé parfois d'envoyer un fax, ou d'appeler le médecin de l'ARS, en disant voilà j'ai quelqu'un qui se présente à moi [...], le problème c'est qu'il a une pathologie qui pour l'instant n'est pas étiquetée, donc dont on ne connaît pas précisément l'étiologie donc je ne peux pas vous donner suffisamment d'informations pour rédiger le certificat [...] ou alors je fais un certificat disant qu'il présente tel et tel symptôme, que plusieurs diagnostics sont évoqués mais que pour l'instant on n'a pas de diagnostic précis, donc par conséquent je ne peux pas apporter plus de précisions ». E9

- La mise en relation avec d'autres acteurs « sociaux »

✓ Associations

« Peut-être dans des situations plus complexes je me donnerai le temps de contacter la CIMADE ou le point accès droit juste pour savoir si je fais bien la bonne démarche et qu'on soit tous coordonnés ». E4

« J'imagine la CIMADE mais je n'ai pas leurs coordonnées ». E7

« La CIMADE [...] d'ailleurs AIDES fait la relation avec la CIMADE ». E2

« Point accès droit, la CIMADE: je peux me mettre en lien avec eux pour qu'on se coordonne sur la démarche, le COMEDE ». E4

« Jamais sollicité, pas d'associations ». E3

✓ Permanence de soins

« La PASS de l'hôpital, car ils connaissent hyper bien ». E8

« Le réseau social¹⁹ ». E8

✓ Assistante sociale

« On a une assistante sociale qui essaie d'être efficace le problème c'est qu'on a une machine très lourde bureaucratique dont on a du mal à comprendre le mode de fonctionnement et les rouages ». E10

« Je mets éventuellement en lien avec une assistante sociale qui connaît bien le sujet ». E1

✓ SPIP

« Je n'ai pas eu l'occasion d'échanger avec le SPIP là-dessus ». E7

« Parfois c'est le SPIP qui nous appelle en disant voilà il y a un patient qui voudrait bénéficier ... [...] qu'il vienne à la consultation on va le lui remettre ». E9

« On informe le SPIP du fait de la demande ». E2

« Le SPIP jusque ici je l'ai pas fait, mais je crois que le SPIP m'a déjà contactée pour me dire : voilà je vous adresse telle personne, est ce que vous pouvez voir s'il a lieu de faire une telle démarche ? ». E4

¹⁹ Le SPIP et les assistantes sociales de l'hôpital.

« SPIP, mais ils sont débordés ». E5

« Donc le SPIP c'est notre référence [...] Je mets le patient en relation directe avec le SPIP, et puis on se téléphone avec le SPIP ». E1

« On a des contacts avec le SPIP mais la problématique c'est comme dans tout service de la pénitenciaire, ils sont en sous-effectif, pour joindre un SPIP vous passez des fois 10 coups de fils pour avoir le SPIP qui s'occupe de la personne, ils sont complètement noyés, débordés, et quand vous arrivez à les joindre, ils s'en occupent, on travaille en partenariat, mais c'est extrêmement rare parce qu'ils n'ont pas le temps ou parce qu'ils n'ont pas les moyens ». E3

« Le SPIP qui détient pas mal les clés du problème puisqu'il connaît bien la situation du patient détenu ». E10

- Les documents officiels

« Je me suis référée au Guide méthodologique pour la prise en charge des personnes détenues ». E6

- L'absence de réseau

« Il n'y pas d'organisation définie ». E9

2.4 LES RELATIONS AVEC LE MARS ET LE PREFET

2.4.1 Les demandes de pièces complémentaire et leur transmission

- **Quelles pièces complémentaires fournissez-vous au MARS ou au Préfet, dans le cadre de la procédure « étranger malade » ?**

- Aucune pièce au Préfet

« Moi au Préfet, je lui donne rien ». E8

« Aucune ». E7

« Non on fournit rien de plus, je n'ai jamais eu le Préfet au téléphone pour ça, il ne nous a jamais rien demandé le Préfet ». E9

« Aucune, à part le certificat ». E2

« Au Préfet jamais ». E4

« Je ne vois pas laquelle, on reste dans le cadre de la loi [...] je me suis arrangé pour leur fournir tous les éléments, tous les comptes rendus, toutes les photocopies en annexe, il leur faut des preuves ». E5

« Au Préfet jamais ». E1

« Jamais, aucune ». E3

« Au Préfet, c'est zéro, on ne transmet aucune information au Préfet [...] il nous a déjà demandé, mais je lui ai dit [...] vous passez par votre médecin de l'ARS. [...] il voulait des examens complémentaires significatifs et on avait dit que ce n'était pas à nous de [...] transmettre ce genre de chose, c'est au médecin de l'ARS et le médecin de l'ARS, il avait déjà jugé lui qu'il n'en avait pas besoin ». E11

- Au MARS

« Au MARS, ce qu'il me demande, s'il me demande plus de renseignements sur le dossier médical... je pense qu'à priori je lui répondrais ». E8

« Au médecin de l'ARS, enfin c'est surtout au CRA qu'il m'appelle pour des questions biographiques ». E4

« Au MARS, j'en envoie quasi jamais, parce que c'est tout écrit dans mon rapport. Ça m'est arrivé de mettre un courrier d'un spécialiste pour prouver que c'est absolument nécessaire telle chose ». E1

« On transmet un courrier au médecin avec l'accord du patient, donc on peut joindre dans le dossier à cet exposé des faits médicaux, [...] par exemple un document biologique vraiment conséquent qui est important, pour appuyer, on en fait un double et on envoie un double des examens complémentaires, [...] mais le médecin de l'ARS ne nous a jamais demandé ». E11

- Jamais de demande faite

« Je reste disponible pour fournir tout ce qu'on me demande, mais généralement on me demande rien de plus. J'envoie un truc circonstancié avec des comptes rendu de radios, biologiques ». E10

- Une décharge du Préfet sur le MARS

« La préfecture se décharge complètement sur le médecin de l'ARS ». E10

2.4.2 Les pressions subies

- **Si vous subissez des pressions extérieures lors d'une procédure « étranger malade »? Par qui ? Pourquoi ?**

- Aucune pression

« Je n'en ai pas fait assez, et jusque-là c'était plutôt sans problème ». E8

« Aucune ». E6

« Je ne subis pas de pression, pas sur ce sujet ». E7

« En prison, non absolument pas ». E9

« Pas de pression, en tout cas je le vis pas comme une pression ». E2

« Jamais de pression, par rapport à ça ». E3

« Je ne pense pas non, non non jamais ». E10

« Honnêtement non, je suis prévenu quand c'est une procédure vraiment particulière pour des faits d'une exceptionnelle gravité en ce qui concerne les faits délictuels ou criminels, je suis prévenu mais je ne subis pas de pression ». E11

- Des pressions ou ressenties comme telles :

- ✓ De la part de la préfecture ou de la police

« Bien sûr, oui, faut pas qu'il y ait de vagues pour la préfecture, pour la police [...]. Faire de faux certificats demandés par la police ». E5

- ✓ D'autres intervenants

« J'ai reçu un peu de harcèlement à une époque de la CIMADE qui voulait qu'on accélère un peu les choses [...] donc je leur ai expliqué notre positionnement et comment on fonctionnait et en expliquant que c'est pas parce que ... en fin ce n'était pas de la pression quoi ». E9

✓ Du patient

« La seule pression peut être par le patient, qui veut que le rapport, de bien marquer que il n'a pas accès dans son pays etc... ». E1

✓ Du MARS

« C'est la réaction du médecin de l'ARS, c'est à dire que [...] notamment, encore une fois, je pense à ici²⁰ j'entends des commentaires « ah c'est un sortant de prison, donc il devait y être pour un trafic de drogues » donc je leur dis que sur le plan éthique je leur demande jamais pourquoi ils y sont, en tout cas là il a un traitement pour lequel il est stabilisé et c'est tout ce que je peux vous dire, ... « bon ok je vais mettre un avis favorable mais dites-lui bien qu'il a bien de la chance » donc moi c'est ça ce que je ressens comme pression, les commentaires ». E4

✓ Disparité des décisions prises

« C'est compliqué, je vais le saisir pour quelqu'un qui est sous Subutex® car je sais que le traitement n'est pas officialisé en Algérie et que pour la même nationalité, le même médicament, il va me dire « oui » des fois et d'autres fois « non », donc je ne sais pas quelle est la logique, donc pour moi c'est une certaine pression car je me dis qu'il faut surtout pas que je m'auto censure, il faut que je continue à faire ce pour laquelle je suis convaincu ». E4

✓ Pressions subies par le MARS

« J'ai discuté avec certains MARS qui subissaient des pressions ». E1

- L'ignorance sur le devenir

« Quand je dis que le médecin inspecteur ignore ce qu'il va faire de ça, qui dit qu'il ne peut pas prévenir le Préfet, c'est plutôt le point d'interrogation, la méconnaissance au fond ». E2

2.4.3 Les décisions du MARS et du Préfet

- Par quels moyens êtes-vous tenu au courant de la décision du MARS et/ou du Préfet ?

- Aucun retour de la décision du Préfet ou de l'avis du MARS

²⁰ Au CRA

« Ils me répondent pas ». E8

« Je n'ai pas été au courant de la décision ». E6

« Aucun, je ne suis pas tenu au courant, la plupart des cas ils sont libérés [...] sans que je sache de quoi il retourne ». E9

« Je n'ai aucun retour, autre que le médecin ARS qui me dit qu'il a reçu ». E2

- Par le patient

« Si on revoit le patient ». E8

« Par le patient ». E1

« Je suis au courant des réponses quand je vois arriver la personne au centre de rétention ». E4

- Par les associations, les réseaux ou les confrères

« Je le sais parce que le réseau fait que ça me revient aux oreilles ». E8

« C'est le Dr [X ...] qui m'a tenue informé, elle avait été informée je crois par les assistantes sociales ». E7

« [...] ou l'assistante sociale qui a rappelé la préfecture ». E1

« On apprend ça un petit peu, soit par la SPIP soit pas l'assistante sociale, mais il y a jamais une décision adressée directement au médecin qui a pu faire, enfin, remplir les courriers les documents pour le détenu [...] ou éventuellement la CIMADE ». E10

« J'ai été au courant du devenir du patient, parce que j'ai reçu un courrier à propos d'une prise en charge que j'avais initié en détention et qui avait été poursuivie au CH [...], donc je sais qu'il est toujours en France et qu'il est suivi pour ça, mais je ne sais pas s'il a obtenu son titre de séjour au nom de l'étranger malade ». E6

- L'appel au médecin de l'ARS

« On a pas le droit mais moi j'appelle le secrétariat du médecin de l'ARS qui me dit au téléphone si l'avis a été favorable ou défavorable et moi je dis que je ne vais rien dire au patient mais qu'il va bien deviner tout seul ». E4

- Par l'administration pénitentiaire ou la police

« Par l'administration pénitentiaire, puisque ce sont eux qui reçoivent l'avis préfectoral ». E11

« Par la police²¹ ». E5

2.5 LES ATTENTES DES MEDECINS RELATIVE A CETTE PROCEDURE

- Quelles informations concernant la procédure « étranger malade » aimeriez-vous avoir afin de vous aider ?

- Sur la procédure en elle-même

- ✓ Information claire sur les textes de loi

« C'est le problème du texte qui n'est pas clair ». E8

« Ce qui pose problème c'est la procédure elle-même ». E8

- ✓ Mises à jour législatives facilement accessibles

« J'ai besoin d'être à jour sur les changements législatifs ». E1

- ✓ Diffusion large de la procédure

« Moi je pense, qu'il faudrait diffuser plus largement cette procédure étranger malade, pour que tous les collègues soit informés qu'elle existe et de la façon dont il faut la prendre en charge et la mettre en œuvre car on fait tout et n'importe quoi. [...] il faudrait peut-être faire une diffusion plus large des textes autorisés d'une part ». E11

- ✓ Avoir un guide clair de la procédure à suivre au niveau local

« Ça peut être intéressant d'avoir un truc simple sur la procédure, comment faire localement pour la faire ». E8

« Tout, les textes, je n'ai jamais eu l'occasion de les lire ». E7

« C'est la démarche officielle qui doit être faite en prison, c'est à dire à partir de quel moment, en coordination avec qui ». E4

«Avoir les textes disponibles dans la maison d'arrêt, j'aimerais avoir un protocole ». E5

- ✓ Guide « officiel » ou une référence reconnue

²¹ Au CRA

« Un guide à peu près complet de quel traitement est disponible dans quel pays ». E6

« L'identification d'une ressource, officielle, reconnue, fiable, autorisée, pour donner, nous coacher dans ça, faire état d'étapes et après en fonction dire ce qu'il manque pour bâtir quelque chose qui soit cohérent. Tandis que là je fais en fonction de moi, mon esprit de recherche, dans un monde complexe, à chercher sur internet avec des relations, en puisant dans les formations que j'ai reçues moi-même, enfin c'est un peu... je me dépatouille tout seul ». E2

«Un guide décisionnel ». E5

- La liste de contacts utiles

« Les contacts à avoir ». E7

- La mise en place d'un réseau de professionnels

✓ Discussions avec les collègues

« J'aurais besoin de pouvoir discuter avec des collègues qui ont les mêmes problèmes, de ces demandes-là ». E1

« D'établir un contact avec mes collègues [...], car on est un peu seul quand on est médecin en détention [...] ». E3

✓ Identification de tous les intervenants/interlocuteurs

« On aimerait connaître le nom des interlocuteurs à qui on s'adresse ». E10

« Qu'on puisse établir un dialogue, parce que c'est vraiment « big brother », on envoie tout notre petit dossier et puis après il y a plus qu'à allumer un cierge pour que le résultat soit positif ». E10

✓ Formations et réunions

« D'avoir des réunions [...] se dire, il y a un nouveau truc qui est apparu, comment on va se comporter? Comment on peut appréhender la chose, le texte, comment on peut en faire bénéficier nos patients, faire une sorte de conduite à tenir. [...] il faudrait qu'on puisse organiser des réunions de travail sur une région donnée de façon biannuelle voir 3 fois par an pour dire bien voilà il faut qu'on fasse avancer ça et ça ». E3

« J'aurais besoin que les travailleurs sociaux (SPIP) avec qui on travaille soit formés à ça et que ça fasse parti de leur mission ». E1

« [...] et éventuellement faire des formations pour savoir comment ça se fait ». E11

- La décision du Préfet ou l'avis du MARS

« Justement le retour, car ça serait intéressant de savoir. Je sais que quand je gérais le centre de rétention c'était intéressant parce que je me suis rendu compte qu'il y avait de grande disparités, d'acceptation de ces dossier, et que ce n'était pas forcément lié à la pathologie. Je me souviens avoir soumis des dossiers pour les mêmes pathologies, et il y en avait qui étaient accepté et d'autres pas, et c'était plus en fonction du pays de retour ou c'était peut être parfois Préfet dépendant ». E9

« Chaque préfecture fait un peu ce quelle veux donc ça rend les choses peut-être plus complexes ». E4

« Ce qui m'intéresserait c'est de recevoir l'avis du MARS, c'est de savoir où en est la procédure, ça serait un progrès y compris pour le patient que je revois, pour lui dire que le médecin a déjà donné son avis, c'est en préfecture, c'est en cours, parce que l'une des grosses difficultés c'est que les gens ne savent pas où ça en est [...] Donc ça pourrait être intéressant que le MARS, soit envoie une copie de son avis soit fasse un mot disant s'il a traité le dossier et que c'est maintenant en préfecture ». E1

« On aimerait aussi que les décisions elles soient circonstanciées, motivées ». E10

« [...] eux ils mettent 15 jours à 3 semaines avant de répondre, et parfois ils ne répondent même pas. Des fois l'administration pénitentiaire ne sait pas ce qu'il s'est passé, c'est ça qu'il manque [...], je pense que le médecin de l'agence régionale de santé qui s'occupe de ce genre de dossiers devrait quand même nous informer de la décision finale ». E11

2.6 QUESTIONS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA GRILLE INITIALE D'ENTRETIEN

- **Est-ce que vous êtes au courant s'ils étaient en situation irrégulière avant la détention ?**

- Une demande de la situation administrative systématique à l'arrivée en détention

« On a décidé sur nos fiches médicales « arrivant », médecins et infirmières, de demander où ils sont nés, de demander la nationalité et de demander s'ils ont un titre de séjour, quand ils veulent bien nous répondre et en plus c'est du déclaratif mais bon peu importe je pense que c'est dans l'intérêt de la personne ». E4

« On a peu de chose quand on a le dossier, dans le dossier on a simplement la notice individuelle, on reçoit pour tous les écrous un document avec « oui/non » rempli par le Procureur. Et après lors de l'entretien d'entrée le patient nous déclare sa situation, on a un formulaire « arrivant » qui est précis et qui pousse à explorer la nationalité de la personne : d'ailleurs on ne pose pas forcément la question « est ce que vous êtes en situation irrégulière ? » Mais notre formulaire nous pousse à explorer le niveau ». E2

- La situation administrative des détenus n'est pas connue du médecin

« Si on n'est pas alerté sur le fait qu'ils sont en situation irrégulière et qui vont être expulsés, nous on peut très bien les prendre en charge ». E8

« Si personne nous dit « cette personne elle risque d'être expulsée », on le sait pas, on ne peut pas le savoir ». E8

« On n'est pas toujours au courant de la situation administrative des détenus, on ne leur demande pas systématiquement. Mais quand même dès qu'il y a une pathologie chronique on leur demande comment ils vont faire à la sortie ». E1

« S'ils ne nous en parlent pas, on n'est pas au courant ». E3

- Cette information non nécessaire à la pratique du médecin

« Moi, je n'ai pas besoin de savoir pourquoi ils sont là ni d'où ils viennent pour les traiter, sauf s'il y a un problème infectieux où j'ai besoin de savoir un petit peu leur parcours ». E3

« Tant qu'ils sont dans nos murs, il n'y a pas vraiment de problèmes pour les soins ». E10

- **Pourquoi il y a-t-il si peu de demandes en détention?**

- L'accès aux soins des étrangers détenus

✓ En détention

« Nous, on est en prison, on n'a pas le problème de l'accès aux soins, donc en fait on ne se pose pas la question, si on nous la pose pas ». E8

✓ AME

« S'ils se cachent bien, ils peuvent se faire soigner avec l'AME, donc est-ce qu'il faut qu'il fasse cette procédure pour ne pas l'avoir et se faire choper par la préfecture et être virés ». E8

- La procédure en elle-même

✓ Demande de procédure faite avant l'incarcération ou par d'autres intervenants

« Je pense qu'ils font les demandes un peu avant ». E8

« On a plutôt l'idée que les personnes vont le solliciter ». E8

« On a plutôt un SPIP bienveillant ». E8

« La PASS, ici, hyper repérée donc les gens en situation irrégulière sur le département, donc très souvent les gens sont passés à la PASS donc ils connaissent, donc souvent les démarches elles sont déjà en cours ». E8

« Ils finissent par avoir accès à des communautés qui elles ont les niveaux de connaissances et qui en fait les mettent sur les réseaux [...] et les démarches elles sont plus ou moins faites ». E8

✓ Méconnaissance de la procédure

« Peut-être qu'ils ont une méconnaissance et qu'en fait il n'y a pas de demande ». E8

« [...] il y en a très peu qui savent c'est surtout dans les pays africains. Les pays africains, ils ne savent pas ça c'est clair ». E11

✓ Balance bénéfices/risques pour le patient

« Moi, tout seul, je ne me précipiterais pas, je serais très prudent dans les demandes ». E8

« On peut se poser un peu des cas de conscience, des fois, je pense qu'il y a des pathologies où c'est un peu limite ». E8

- Les spécificités de la détention

✓ Aucune information sur la situation administrative des détenus

« Si on n'est pas alerté sur le fait qu'ils sont en situation irrégulière et qu'ils vont être expulsés, nous on peut très bien les prendre en charge ». E8

« Si personne nous dit « cette personne elle risque d'être expulsée », on ne le sait pas, on ne peut pas le savoir ». E8

« On a peu de chose quand on a le dossier, dans le dossier on a simplement la notice individuelle, on reçoit pour tous les écrous un document avec « oui/non » rempli par le Procureur. Et après lors de l'entretien d'entrée le patient nous déclare sa situation²², on a un formulaire arrivant qui est précis et qui pousse à explorer la nationalité de la personne : d'ailleurs on ne pose pas forcément la question « est ce que vous êtes en situation irrégulière ? » Mais notre formulaire nous pousse à explorer le niveau ». E2

✓ Population de détenus peu représentée en détention

« La détention ce n'est pas l'endroit des étrangers, ils ne passent pas tellement par la case maison d'arrêt, ils y passent un peu mais c'est quand même accidentel ». E8

✓ Paradoxe de la libération

« Après en prison [...] il y a aussi le paradoxe où les gens demandent une conditionnelle expulsion, ils demanderaient à s'expulser pour faire moins de peine, en disant ça permet d'avoir une liberté conditionnelle avec une expulsion et un interdit de retour sur le territoire. J'ai 1 ou 2 situations paradoxales comme ça, où il y avait vraiment une pathologie et je leur disais « mais comment vous allez faire pour vous faire soigner ? » Mais non, il me demande vraiment la conditionnelle expulsion ... Conditionnelle expulsion refusée, il demande l'autorisation de rester en France pour raison de santé. Donc c'est le paradoxe qui peut arriver de temps en temps mais ça fait partie des gens qui essayent des stratégies de vie ou de survie en fonction d'où ils en sont à ce moment-là. Donc moi je leur dis ce n'est pas les 2, soit leur état de santé nécessite de rester en France et s'ils ne veulent pas rester en France

²² Administrative

c'est une conditionnelle expulsion mais derrière on ne va pas faire une demande de rester en France alors qu'ils ont demandé à être expulsés, ce n'est pas possible ; donc ça c'est une particularité qu'on peut trouver en prison, pour essayer de raccourcir la durée de la peine ».

E1

✓ *Manque de personnels investis et manque de moyens*

« Si vous ne mettez pas des gens à temps plein ou au moins à mi-temps, vous ne pouvez pas demander à un médecin de s'investir d'une mission pour laquelle il n'a pas envie de s'investir, il fait une demi-journée par semaine, il s'en fout de tout ce que vous lui racontez. Il faut impliquer les gens et il faut arrêter de mettre des médecins, des gens qui vont une demi-journée par semaine à la prison, car ils sont à 10 000 lieux de ce qu'il se passe en prison ». E3

« On est en pénurie au niveau médical , donc on a déjà tellement de peine à faire tout ce qui est en terme de dépistage, les faire venir pour la radio pulmonaire, c'est tout une bataille avec l'administration pénitentiaire, pas avec les patients, faire les dépistages sérologiques VIH-VHC-VHB, à les faire venir et à les faire adhérer au concept du suivi, car le plupart du temps ils ont des pathologies cardio-vasculaires et autres, que franchement ça, cette partie-là, ce n'est pas qu'on la zappe c'est qu'on n'a pas le temps de la faire. [...] On a déjà énormément de mal à faire le strict minimum nécessaire ». E3

✓ *Difficultés de partenariat avec l'administration pénitentiaire*

« Parce que ce n'est pas toujours évident avec les pénitentiaires, nos exigences médicales et leurs exigences pénitentiaires ne se rejoignent pas forcément mais bon chacun doit respecter les exigences des uns et des autres, ce qui n'est pas chose aisée. [...] il y a des tas de gens qu'on ne voit pas parce qu'ils ne sont pas assez de surveillants ». E3

IV. DISCUSSION

1 OBJECTIFS DE L'ETUDE

- L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence les connaissances et les difficultés des médecins exerçant en maison d'arrêt, au sujet de la procédure « étranger malade ».
- Les objectifs secondaires de l'étude étaient de:
 - favoriser l'initiation de la mise en place la procédure « étranger malade » pendant la détention du patient,
 - proposer des outils afin d'aider les médecins des unités sanitaires,
 - identifier les situations médicales pouvant être concernées par cette procédure,
 - Proposer des pistes qui permettront d'aider à harmoniser au niveau national, les décisions prises par les médecins lors de la délivrance de leur rapport au médecin de l'ARS.

2 METHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car nous voulions créer l'opportunité d'aller à la rencontre des médecins et futurs confrères.

Il s'agit d'un sujet précis ce qui a permis une saturation des données sur certains aspects. Malheureusement, nous ne sommes pas arrivés à la saturation des données pour tous les aspects abordés au cours de l'entretien. Toutefois, les données des entretiens ont quand même permis de pouvoir répondre à nos objectifs.

Une des limites de la recherche qualitative est le fait que les résultats ne peuvent être généralisés, car l'échantillon n'est pas constitué dans un but de représentativité.

3 ECHANTILLON

- Choix du lieu d'exercice: les maisons d'arrêt

Nous avons choisi d'interroger des médecins travaillant en maison d'arrêt au sein d'unités sanitaires de niveau 1. En effet, dans ces établissements le temps d'incarcération étant plus court qu'en établissement pour peine, les pathologies sont suivies sur un temps plus court et la question de la mise en place d'une protection contre l'éloignement pour raison de santé nous a semblé être plus aiguë.

- Choix des médecins

Nous souhaitions rencontrer des médecins concernés par notre sujet. Si lors de l'appel téléphonique au médecin responsable de l'unité sanitaire, celui-ci ne souhaitait pas participer à l'étude, il nous renvoyait vers un collègue potentiellement intéressé.

La présentation de notre sujet d'étude aux médecins contactés par téléphone a provoqué des réactions diverses. Un médecin a refusé de participer à l'étude en raison du versant « politique » qu'elle pouvait contenir et parce que ça ne l'intéressait pas, un deuxième car il n'entamait pas de procédure « étranger malade » en détention. Les médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient des médecins soit très impliqués sur le sujet des étrangers malades en détention, soit demandeurs d'informations.

Tout ceci peut créer un biais d'investigation intervenant dans le recueil des données puisque la plupart des médecins se sentaient investis.

Au cours de certains entretiens, certains médecins nous ont demandé de faire « bien attention » à l'anonymat des entretiens par peur de subir des représailles ou des pressions extérieures ou intérieures à l'unité sanitaire.

4 RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un appareil audio numérique de type dictaphone. Les dires de chaque médecin ont été retranscrits de façon la plus fidèle possible par une seule et même personne.

Seul un entretien n'a pu être enregistré en raison de l'interdiction d' « entrée » du dictaphone dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. Nous avons fait la demande d'autorisation pour pouvoir rentrer dans l'enceinte avec un dictaphone. Toutefois, les surveillants pénitentiaires ne nous ont pas laissé pénétrer avec, le jour de l'entretien. La collecte des données de cet entretien s'est faite de façon manuscrite, par prise de notes. Ceci explique la durée plus longue de l'entretien par rapport à la majorité des autres entretiens. Il est donc certain que la qualité des réponses données par le médecin et la qualité de la retranscription en ont souffert.

Les entretiens réalisés « en face à face » ont parfois été interrompus par l'intervention d'une tierce personne dans la salle d'entretien, ou en raison d'un appel téléphonique professionnel. Toutefois, il semble peu probable qu'il y ait eu des répercussions sur l'entretien et sa qualité.

Certains entretiens, pour lesquels nous ne nous sommes pas déplacés sur place, ont été enregistrés à partir de la conversation téléphonique. Très peu de passages ont été difficiles à comprendre. Il semble peu probable que nous ayons perdu des informations essentielles à notre étude.

5 BIAIS DE L'ETUDE

Comme nous l'avons vu précédemment, notre étude comporte plusieurs biais que nous allons développer ci-dessous.

- Les biais internes

Ces biais sont dus aux caractères personnels du chercheur et des participants. Ils peuvent entraîner des incompréhensions entre chercheur et participant ou instaurer un climat de suspicion et provoquer une réticence à se confier au cours de l'entretien. Le sujet pouvant être interprété comme délicat, nous avons été confrontés à la méfiance de certains médecins au début ou en cours d'entretien. En effet, certains médecins nous ont demandé de faire « bien attention » à respecter l'anonymat des entretiens par peur de subir des représailles ou des pressions extérieures ou intérieures à l'unité sanitaire.

Malgré ceci, au cours des entretiens nous n'avons pas eu l'impression de retenue de la part des médecins dans leurs dires, mais plutôt un sentiment d'expression libre et spontanée.

- Le biais d'investigation

Il intervient dans le recueil des données lorsque le chercheur interroge les participants d'une manière pouvant influencer leur discours.

Au cours de nos entretiens, nous avons eu l'impression que les médecins interrogés pouvaient temporairement se sentir jugés par rapport aux réponses données ou qu'il fallait forcément une « bonne réponse ». Ce qui parfois, a mis le médecin dans une situation de doute où il pouvait se sentir jugé sur les réponses qu'il donnait. Quelques médecins ont cherché à savoir ce qui avait été répondu par d'autres médecins lors de nos précédents entretiens. Dans ce cas, nous les avons rassurés sur le fait qu'il n'y avait aucun jugement porté aux réponses données, qu'il n'existait pas de bonne ou de mauvaise réponse et que le but de l'étude n'était pas de juger leurs connaissances mais de mettre en évidence les disparités et de pouvoir leur proposer de l'aide.

- Le biais d'interprétation

Il intervient lorsque l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur.

Bien évidemment, ce biais est présent dans notre étude, puisque les données ont été analysées que par une seule et même personne.

6 ANALYSE DES RESULTATS

6.1 RESULTATS QUANTITATIFS

Les résultats quantitatifs sont représentés sous forme d'un tableau récapitulatif en annexe 6.

- La géographie

Nous souhaitons avoir une certaine représentativité de l'activité des médecins sur l'ensemble du territoire national.

Compte tenu des difficultés rencontrées pour joindre les médecins et organiser les rendez-vous, nous n'avons pas réussi à obtenir cette représentativité. De plus, nous étions domiciliés à Nice, c'est pourquoi, l'échantillon est composé en majorité de médecins exerçant dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Il serait donc souhaitable de poursuivre l'étude sur un maximum de médecins d'unités sanitaires afin de compléter celle-ci et de mettre en évidence les difficultés les plus importantes à ce sujet. Ceci dans le but d'harmoniser les pratiques. Nous regrettons de n'avoir pu réaliser, en l'absence de réponse du médecin contacté, un entretien en Ile de France, car il s'agit de la région la plus concernée par les demandes de procédure « étranger malade », mais nous n'avons pas trouvé de chiffres le confirmant. En 2011 ^[66], l'Ile de France était la région pour laquelle il y avait le plus grand nombre d'avis rendus par les MARS (15 685 avis, sans les données du Val de Marne). Toutefois, ce chiffre ne permet pas de distinguer les avis rendus par les MARS dans le cadre de la délivrance de la carte de séjour, des avis rendus dans le cadre de la protection contre l'éloignement.

- La formation initiale de médecin

Cet élément nous paraît important pour avoir une idée des profils des médecins exerçant en prison. Il est ressorti des entretiens que la plupart des médecins étaient généralistes de formation et qu'ils avaient suivis des formations spécifiques à l'exercice en milieu pénitentiaire. Ces formations étaient principalement la capacité de médecine pénitentiaire, la capacité ou DESC de médecine légale.

La formation du médecin pourrait jouer sur son investissement en ce qui concerne la procédure « étranger malade ». Mais il est plus probable que ce soit l'expérience et les activités du médecin qui jouent. Comme nous l'avons vu, les médecins travaillant en PASS ou en CRA semblaient être plus à l'aise que les autres dans la mise en place de cette procédure.

- L'ancienneté d'exercice en milieu carcéral

La moitié des médecins travaillait en milieu pénitentiaire depuis une durée comprise entre 5 et 19 ans.

La durée d'exercice en milieu pénitentiaire peut jouer sur l'investissement du médecin en ce qui concerne la procédure « étranger malade ». Ici aussi, la part de l'expérience joue certainement un plus grand rôle, le médecin pouvant s'être formé au fur et à mesure des années et des formations.

6.2 RESULTATS QUALITATIFS

Nous avons mis en évidence des données que nous qualifierons de factuelles permettant de faire un constat sur des points spécifiques de la procédure, ainsi que des données d'opinion ou d'interprétation personnelle, chaque médecin ayant les siennes et renvoyant à des valeurs propres à chacun.

6.2.1 Les Constats

Tous les médecins de l'étude s'accordent à dire que les patients détenus, qu'ils soient étrangers ou pas, doivent recevoir la même prise en charge que les patients « libres ».

Nous avons ressenti, au cours des entretiens, la même détermination, le même dévouement et engagement qu'un médecin généraliste pourrait avoir pour sa patientèle libérale. Le médecin de l'unité sanitaire est considéré comme le médecin traitant des détenus ^[31], alors pourquoi la prise en charge serait-elle différente ?

Dans ce sens nous rappelons que le code de déontologie médicale ^[50], repris dans le code de santé publique, rappelle que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (Art R 4127-7 du CSP et art 7 du code de déontologie médicale).

La médecine en milieu pénitentiaire comporte des difficultés propres à la détention (comme par exemple le respect du secret médical vis-à-vis du personnel pénitentiaire ou des codétenus ou la prise en charge médicale de certains comportements comme la grève de la faim et/ou de la soif), mais les médecins s'adaptent et mettent tout en œuvre pour prendre en charge les détenus. En ce qui concerne les détenus étrangers : leur incarcération revêt des difficultés particulières que nous avons exposées en introduction, comme par exemple les problèmes linguistiques limitant l'accès aux droits de ces patients détenus ou le souci des mesures d'éloignement dans le cas des étrangers en situation irrégulière sur le territoire.

L'un des devoirs des médecins étant de faire en sorte que le patient puisse bénéficier des avantages sociaux auxquels il a droit (*Art R 4127-50 du CSP et 50 du code de déontologie médicale*), nous pensons que la mise en place de la procédure « étranger malade » en fait partie.

Il s'agit d'une procédure médico-administrative où le rôle du médecin peut être déterminant quant à l'obtention du titre de séjour, même si la décision finale revient au Préfet. Un des autres devoirs des médecins est la continuité des soins : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée* » (*Art 47 du code de déontologie médicale et R 4127-47 du CSP*).

Nous avons fait le premier constat que cette procédure est assez mal ou peu connue par les médecins, malgré le fait que l'échantillon ait été constitué sur la base des médecins concernés par le sujet. En effet, nous avons constaté qu'il y avait une confusion pour certains sur le but de la procédure, en nous mentionnant la question de la contagiosité du patient ou sur la demande faite de la part de l'administration pénitentiaire.

Il ne s'agit pas de porter un jugement sur les pratiques des médecins mais plutôt de leur montrer qu'ils ne sont pas seuls, contrairement à ce qu'ils peuvent penser, et que l'harmonisation de leurs pratiques sur le territoire national pourrait amener à une meilleure homogénéité de l'accès au droit des patients concernés.

Si la pratique des médecins est standardisée et homogène, il ne devrait pas y avoir de raisons pour qu'il y ait des disparités de « traitement » dans la procédure.

Certaines conditions administratives ou médicales ne sont pas à proprement parler du ressort du médecin de l'unité sanitaire, comme la condition de dangerosité du patient, de résidence habituelle en France, la détermination de la présence de circonstances d'une exceptionnelle gravité, les circonstances humanitaires exceptionnelles ou la disponibilité du traitement dans le pays d'origine. Toutefois et nous le développerons plus loin, les conditions ayant un rapport avec l'état de santé et la prise en charge médicale du patient, peuvent être judicieusement évoquées par le médecin de l'unité sanitaire afin de produire un rapport médical circonstancié.

Certains médecins sont très à l'aise avec la procédure, même si, pour certains, quelques difficultés leur échappaient dans le cadre de la détention, comme par exemple la condition de se rendre personnellement à la préfecture, qui paraît difficile à respecter pour un détenu. Ces médecins avaient la particularité de travailler en CRA, à la PASS ou au sein d'une association intervenant auprès des migrants (comme par exemple le COMEDE). Ces activités concentrant une population étrangère, les médecins ont l'habitude de prendre en charge des étrangers, dont ceux en situation irrégulière.

Il paraît donc logique que le médecin initié à la procédure dans un autre type d'exercice professionnel soit plus sensible à ce sujet en détention.

Une brève analyse des entretiens a montré qu'il n'existe pas de lien entre l'âge du médecin interrogé et l'intérêt porté à la procédure. Initialement nous ne pensions pas que ce facteur pouvait avoir un impact sur l'étude, ce qui a été confirmé par l'analyse finale de ces entretiens. D'ailleurs, nous avons constaté que les médecins les plus jeunes n'étaient pas forcément les plus démunis face à la prise en charge de l'étranger malade en situation irrégulière.

Le deuxième constat que nous pouvons faire est que cette procédure est très peu réalisée en détention et pas seulement à cause d'une méconnaissance de la procédure. Nous avons, au cours des entretiens, demandé aux médecins pourquoi, selon eux, ils en faisaient si peu. Nous avons conscience au début de l'étude que cette procédure semblait moins répandue en détention, mais nous ne nous attendions pas à ces chiffres.

En effet, le maximum est à quatre ou cinq procédures sur une année et la majorité en avait fait une voire deux. Parmi les médecins interrogés, quatre n'en n'avaient jamais fait en détention. Nous avons vu que la population carcérale était plus exposée à certaines pathologies (VIH, VHC, tuberculose et troubles psychiatriques dont les addictions) mais les données sur les migrants en situation irrégulière sont difficiles à appréhender. Au vu des entretiens, il semble que le nombre de procédures « étranger malade » soit plus important en CRA. En effet certains médecins nous ont rapporté initier plus de procédure en CRA, pour ceux qui travaillaient sur les deux sites. Nous l'avons vu aussi, certains patients étrangers sortant de détention sont placés au CRA et bénéficieront de la procédure. On peut donc se demander si certaines de ces procédures initiées en CRA, n'auraient pas pu l'être en détention.

Au CRA, la menace de de l'éloignement est omniprésente, puisque la population est constituée uniquement d'étrangers en situation irrégulière, ce qui explique pourquoi les médecins des UMCRA sont plus sollicités pour les demandes de régularisation pour raison de santé. En détention, les médecins ne prenant pas seulement en charge des étrangers justifiant de la procédure, ils sont moins préoccupés par la menace de l'éloignement.

Les éléments pour expliquer ce constat sont les suivants :

- Un des médecins a souligné l'importance d'avoir un **personnel médical investi et les moyens adéquats** pour pouvoir prendre le temps de se poser la question de la procédure « étranger malade ».

En effet, si les médecins exerçant en détention, n'interviennent que de façon ponctuelle ou qu'ils sont en nombre réduit ou insuffisant, il apparaît difficile de mettre en place ce type de procédure, au vu de la quantité de travail qu'ils peuvent avoir en détention. La mise en place de la procédure étranger malade (comprenant la récupération des données médicales, la prise de décision de faire ou non un rapport « étranger malade », recevoir et informer le patient parfois non ou mal francophone, informer de notre décision le SPIP et l'association de défense des droits des étrangers intervenant dans l'établissement pénitentiaire) est en effet très chronophage.

De plus, ce même médecin évoque les relations parfois difficiles avec les personnels de l'administration pénitentiaire, notamment les surveillants chargés des

déplacements des détenus vers l'unité sanitaire. Ils sont parfois en nombre insuffisant pour assurer ce rôle. Ceci, associé au fait que les détenus préfèrent parfois recevoir leur visite ou aller en promenade plutôt que de prendre en charge leur santé.

- Une **faible proportion d'étrangers en prison**. Comme nous l'avons vu en introduction, les étrangers représentent 19 % de la population carcérale ^[39]. Mais les étrangers sont en surreprésentation par rapport au taux d'étranger dans la population générale (environ 6 % d'étrangers ^[165] dans la population générale en 2012 et 17,6 % en milieu carcéral en 2012 ^[166]. Deux critères sont indispensables pour justifier d'une telle procédure : être atteint d'une pathologie et avoir le désir de rester sur le territoire français pour raison de santé. En bref, cela fait probablement une très faible proportion de patients concernés au final.

Malheureusement, nous n'avons trouvé aucun chiffre permettant de confirmer ceci.

- Les médecins ne sont **pas tous au courant de la situation administrative** de l'étranger malade détenu. Pourtant cette condition est indispensable pour la mise en place de la procédure, étant donné que l'objectif est une régularisation pour raison de santé de l'étranger. Nous pouvons faire le rapprochement de la connaissance de la situation administrative du détenu avec sa situation judiciaire, c'est-à-dire les raisons de son incarcération. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ^[60] a publié en 2001 un rapport relatif aux aspects déontologique de la médecine en milieu pénitentiaire. Ce rapport rappelle que « *Le médecin n'est pas censé connaître systématiquement les raisons de l'incarcération. **La connaissance du contexte individuel** et des antécédents du patient reste cependant souhaitable pour la prise en charge médicale, surtout psychiatrique, comme pour tout patient. Quels que soient les éléments transmis - principalement par le détenu - au praticien, ce dernier doit s'abstenir de tout jugement à son endroit et le soigner le mieux possible, conformément à l'éthique médicale* ».

Un médecin de l'étude demande systématiquement la situation administrative des patients à la consultation « arrivant », la question figurant sur le questionnaire d'entrée. Il faut noter qu'il s'agit d'un médecin travaillant également sur le CRA, ce qui explique peut-être la nécessité pour lui de connaître cette information afin de coordonner son travail sur les deux sites.

Alors que d'autres médecins ne sont pas au courant de la situation, soit parce qu'ils considèrent que cette information n'est pas nécessaire à leur exercice, soit parce qu'ils ne la recherchent tout simplement pas, ne sachant pas s'il est de leur ressort de demander au patient la situation administrative dans laquelle il se trouve. Il paraît donc intéressant que le médecin amené à prendre en charge un patient détenu étranger se renseigne sur la situation administrative de celui-ci.

- La **balance bénéfique/risque** à entamer la procédure a été soulignée par un des médecins interrogés. Les patients en situation irrégulière ont accès aux soins grâce à l'AME. Encore faut-il qu'ils en fassent la demande.

Les conditions d'octroi de l'AME prévues par l'article L251-1 du CASF (justification de l'identité, résider en France depuis plus de trois mois et la condition du plafond annuel) peuvent décourager certains étrangers, en particulier le justificatif d'identité. En effet, les patients pourraient être réticents à se présenter à la caisse primaire d'assurance maladie par peur d'y être contrôlé ou que les informations sur la situation administrative soient portées à la connaissance de la préfecture. La question suivante se pose : faut-il tenter de faire régulariser le patient au risque que la demande soit refusée et qu'il fasse l'objet de mesure d'éloignement ?

Le médecin devra se poser la question de savoir si c'est la bonne solution pour la prise en charge médicale de son patient. Au besoin, l'assistante sociale ou les associations intervenant en détention, pourront aider le médecin afin de savoir ce qui est le plus profitable pour le patient sur le plan médical. Les détenus doivent recevoir, comme tous patients des informations « *loyales, claires et appropriées* » sur leur état, les investigations ou les soins proposés ^[60] (Art 35 du code de déontologie médicale). Ceci est un préalable au consentement.

- Certains médecins pensent que les **démarches sont déjà en cours** lors de l'arrivée en détention ou qu'elles sont **mises en place par d'autres intervenants**, comme les associations ou encore que le patient les sollicitera de lui-même.

Cependant, certains médecins pensent que les patients ne sont pas tous au courant des démarches qu'ils peuvent faire.

Nous pensons qu'il est du rôle du médecin de l'unité sanitaire de s'informer, lors de l'arrivée en détention, si des démarches sont déjà en cours, afin de pouvoir prendre le relais si besoin.

Même si la demande de régularisation doit venir initialement du patient, le rôle du médecin n'est-il pas d'informer celui-ci et de l'accompagner? Nous rappellerons que le médecin doit, sans céder à des demandes abusives, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (*Art 50 du code de déontologie médicale et R4127-50 du CSP*).

6.2.2 La procédure « étranger malade »

Nous allons maintenant développer la procédure « étranger malade » en elle-même, en fonction des éléments pertinents recueillis au cours des entretiens.

La procédure « étranger malade » évoque aux médecins plusieurs aspects :

- la régularisation pour raison de santé de l'étranger malade,
- un cadre législatif permettant à « n'importe qui » d'être soigné,
- une situation difficile, avec le souci de la continuité des soins,
- une demande émanant de l'administration pénitentiaire. Celle-ci, par l'intermédiaire du SPIP peut évoquer la nécessité de mettre en place la procédure et informer le médecin du besoin de produire le rapport médical, si le patient le souhaite. D'ailleurs, il est préférable d'établir une collaboration et une coordination avec le SPIP car il va être le garant de la procédure en détention.

6.2.2.1 Les pathologies concernées

Au cours des entretiens menés, les pathologies pour lesquelles les médecins débutent une procédure « étranger malade » sont les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC, tuberculose), les maladies chroniques (insuffisance respiratoire, diabète insulino-dépendant associé à une épilepsie et pathologies néoplasiques) et les troubles psychiatriques graves. Un des médecins a ajouté aux pathologies précédentes les mauvais traitements dans le pays d'origine. Les mauvais traitements peuvent être pris en compte en tant que pathologie si ceux-ci ont un retentissement psychiatrique réel, pouvant être associé à l'état de stress post traumatique. Toutefois, cette information peut être importante à mentionner si elle est associée à une autre pathologie justifiant de la procédure « étranger malade », car elle pourrait être prise en compte comme circonstances humanitaires exceptionnelles par

le MARS et le Préfet. Nous pouvons aussi nous demander si le seul fait de mauvais traitement dans le pays d'origine ne justifie pas plus d'une demande d'asile que d'une procédure « étranger malade ». La demande d'asile se justifie en raison des risques encourus, notamment les persécutions, par l'étranger dans son pays.

Ceci est en accord avec les pathologies que nous avons retrouvé dans l'étude de la jurisprudence française, à savoir : les hépatites, les diabètes, les pathologies néoplasiques, la tuberculose, les pathologies pulmonaires respiratoires et les troubles psychiatriques. Toutefois, la jurisprudence a montré que les pathologies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, coronaropathie..) étaient aussi largement représentées dans les contentieux de jurisprudence ce qui peut être expliqué par une plus grande difficulté à apprécier le traitement approprié.

Ce qui montre tout l'intérêt d'un rapport médical bien établi, car ces pathologies peuvent, selon l'article L 313-11-11° du CESEDA, faire l'objet d'une mesure de protection contre les mesures d'éloignement, mais sont sources de contentieux administratifs.

Le COMEDE dans son rapport ^[44] a montré que la prévalence globale pour 1 000 personnes des psycho-traumatismes était de 153, pour les maladies cardio-vasculaires de 65, pour le diabète de 46, pour l'infection VHC de 19, pour l'asthme persistant de 17, pour l'infection par le VIH 12, pour les cancers 5 et pour la tuberculose 5 (*Tableau 20*).

A noter que nous n'avons trouvé que deux jurisprudences concernant des patients atteints du VIH sur l'ensemble de l'étude, ce qui peut correspondre avec le fait que les demandes de titres de séjour pour ces patients sont moins pourvoyeuses de contentieux. Ceci peut s'expliquer par l'existence de la circulaire spécifique sur le VIH (*Annexe 7*) laissant peut-être moins de « liberté » aux Préfets.

Dans notre étude, les facteurs pris en compte par les médecins pour un patient VIH dans le cadre de la procédure sont : les éléments clinico-biologiques et les thérapeutiques, l'accessibilité au traitement dans le pays d'origine et le pays d'origine. Sur ce point, les directives du Ministère sont claires, il ne peut être considéré que les patients atteints du VIH puissent accéder aux traitements et à la surveillance nécessaire dans les pays en développement ^[97]. C'est pourquoi le médecin ne devrait pas se poser trop de questions dans ce cadre-là, tout en établissant un rapport médical le plus circonstancié possible.

Un médecin nous a fait part d'une notion que nous n'avions pas envisagée, l'aspect de discrimination de certaines pathologies, à savoir que certaines maladies sexuellement transmissibles graves (comme le VIH ou le VHC) ne sont pas reconnues dans certains pays musulmans ou peuvent amener la personne qui en est atteinte à l'isolement et donc à l'impossibilité d'une prise en charge adéquate.

Sur ce point, dans le cadre des maladies sexuellement transmissibles telles que les infections par le VIH, VHB ou VHC, il peut être important de rechercher cette information, car pouvant peut-être être prise en compte en tant que circonstance humanitaire exceptionnelle.

6.2.2.2 Les pays d'origine concernés

En ce qui concerne les pays d'origine, les médecins de l'étude ont cité les pays de l'Europe de l'Est, le Maghreb et l'Afrique Noire. Ceci est aussi en accord avec ce qui a été constaté lors de l'étude de la jurisprudence sauf pour les pays de l'Europe de l'Est. Nous avons aussi vu que les pays ayant obtenu le plus d'avis favorables étaient : le Congo, l'Algérie, l'Arménie, le Mali, et le Maroc.

L'interprétation de l'étude de la jurisprudence doit être abordée avec précaution, car il s'agit d'étudier les décisions préfectorales ayant occasionné un litige entre l'étranger et la préfecture. Les pays ou les pathologies le plus fréquemment rencontrés lors de l'étude de la jurisprudence sont ceux qui engendrent le plus de litiges.

Selon le COMEDE ^[44], en 2013, les ressortissants des pays tiers étaient au nombre de 3 771 000 et étaient principalement originaires d'Afrique du Nord (44 % de l'ensemble), d'Europe de l'Est (15 %), d'Afrique de l'Ouest (10 %), d'Asie de l'Est (7 %) et d'Afrique centrale (7 %).

Maladie	Taux de prévalence globale pour 1000	Régions de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	Europe de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infection VHC	19	Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale
Asthme persistant	17	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection VIH	12	Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	Afrique centrale et Caraïbes

Tableau 20: Taux de prévalence globale des pathologies et taux de prévalence des pathologies par régions ^[44].

La Direction Générale de la Santé se base sur l'indice de développement humain (IDH) pour tenter de déterminer les pays pouvant répondre à la disponibilité du traitement. Nous proposons en annexe 11 la classification en quatre catégories : IDH très élevé, élevé, moyen et faible²³. Les IDH élevés et très élevés correspondent aux pays développés, les IDH moyen aux pays en développement et les IDH faibles aux pays en voie de développement. Nous pouvons considérer que les pays à IDH faibles ne peuvent prendre en charge de manière convenable les pathologies « graves ». Cet indicateur pourrait servir d'outil aux médecins afin d'approcher la situation sanitaire du pays du patient.

²³ IDH : indice de développement humain : l'indice de développement humain est une mesure de synthèse du niveau moyen atteint dans les dimensions clés du développement humain : une vie longue et saine, l'acquisition de connaissances et un niveau de vie décent (<http://hdr.undp.org/fr/content/indice-de-d%C3%A9veloppement-humain-idh>).

6.2.2.3 L'attitude des médecins face à un patient demandeur

La demande d'initiation de la procédure « étranger malade » doit venir du patient, l'administration pénitentiaire par l'intermédiaire du SPIP peut demander au médecin la rédaction du rapport, toutefois il faudra bien veiller à ce que le patient ait bien été informé et qu'il est demandeur.

Dans l'hypothèse où un patient étranger en situation irrégulière ferait part aux médecins de l'unité sanitaire de son désir de faire une demande de régularisation pour raison de santé, les médecins de l'étude adoptent des attitudes variées.

Certains médecins n'entreprennent pas de démarches particulières alors que d'autres se mettent en relation avec des organismes tels que le SPIP ou les services sociaux. Ceci dans un souci d'anticipation de la sortie de prison de l'étranger, pour certains.

Des médecins commencent par se renseigner sur la procédure, d'autres réalisent une évaluation de la situation médicale ou une évaluation de la situation administrative de l'étranger. Ceci afin de tenter de déterminer les conditions nécessaires à la procédure et pour conseiller le patient s'il y a lieu de débiter une procédure ou pas.

Un des médecins, de par son expérience professionnelle passée au sein d'une association, nous a confié être influencé par cette expérience face aux patients demandeurs et se pose la question de l'autocensure. Nous aurions pu penser que son expérience passée l'influence dans le sens d'une relative « laxité », mais au contraire il semble plus restrictif dans la mise en place de la procédure. Nous pouvons nous demander si cela est réellement préjudiciable au patient, dans le sens où le médecin ne le conforte pas à poursuivre la procédure qui aurait pu lui permettre de se soigner en France ou si au contraire, il évite au patient de se lancer dans une procédure vouée à l'échec.

En pratique, si le médecin est face à une personne détenue étrangère malade ^[31], il lui appartient de proposer cette procédure et de prendre attache avec le SPIP pour l'informer de l'existence d'une pathologie pouvant fonder le droit au séjour et faire obstacle à l'éloignement du détenu. Le SPIP est garant de la mise en œuvre de la procédure si la personne étrangère malade souhaite l'enclencher. Dans le cadre de son évaluation, le SPIP peut prendre attache et/ou orienter la personne vers le point d'accès au droit ou l'association spécialisée la plus pertinente.

6.2.2.4 Le moment le plus approprié pour débiter la procédure « étranger malade » en détention

Sur ce point, les avis des médecins divergent. Trois idées prévalent :

- le plus rapidement possible,
- quelques mois avant la sortie,
- peu importe le moment. dès que la demande est faite, par le patient ou un autre intervenant.

En pratique, il est recommandé d'enclencher la procédure dans les plus brefs délais ^[31] afin de garantir le respect de la procédure décrite dans l'instruction récente de la DGS du 10 novembre 2011 ^[123] relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves. Autrement dit elle doit s'opérer pendant le temps de détention. Solliciter la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour depuis un établissement pénitentiaire est indispensable pour permettre la continuité des soins à la sortie.

6.2.2.5 La collaboration/coordination

Certains médecins de l'étude mettent en place la procédure en relation avec d'autres intervenants, que ce soit le SPIP, les services sociaux (l'assistance sociale, PASS) ou les associations. Certains font même appel au MARS pour les guider ou à d'autres services sanitaires si besoin.

Nous pensons que la coordination du médecin de l'unité sanitaire avec les services du SPIP²⁴ doit être accrue pour les aspects administratifs de l'étranger et ne doit pas trahir le secret médical. Le SPIP étant le garant de cette procédure il doit être informé que la procédure « étranger malade » va être enclenché, toujours avec l'accord du patient. Toutefois, il ne doit pas être destinataire de l'information médicale. Pour les associations dont le rôle est l'aide et l'accompagnement des étrangers, il paraît utile de les informer sur la situation médicale, puisque sans ces informations, elles pourraient être en difficultés pour aider le médecin ou le patient.

²⁴ La circulaire du 16 décembre 2011 relative aux attributions respectives du Juge de l'application des peines, des autres magistrats mandants et du service pénitentiaire d'insertion et de probation et à leurs relations, recadre les missions du SPIP sur l'exécution de la peine.

Ceci soulève le problème du secret « partagé » avec les collaborateurs du médecin agissant dans l'intérêt du patient. Le médecin devant veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment (*Art 72 du code de déontologie médicale et R 4127-72 du CSP*). Cependant sur un plan déontologique, nous pensons qu'il est préférable que ces associations soient informées de la situation médicale par l'étranger lui-même de sa situation médicale.

Se pose aussi la question de la compréhension de la langue, car les étrangers ne sont pas tous francophones, ceci pose le problème initial de l'accès aux droits et de l'information du patient. Dans le cadre de la procédure « étranger malade », les associations disposent d'interprètes professionnels pouvant intervenir en détention ^[167].

Nous rappellerons que les médecins membres de l'ARS ayant la qualité de médecin ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à des informations médicale lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions (*Art L1112-1 du CSP*). La collaboration avec les MARS ne pose pas de souci particulier quant au respect du secret médical.

L'instruction du 10 novembre 2011 ^[123] relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves stipule que « *tout intervenant dans la procédure est tenu à une obligation de secret professionnel (y compris le secret médical) et/ou à une obligation de réserve par son état ou sa profession* ».

Nous finirons par aborder la collaboration des médecins des unités sanitaires avec les médecins des UMCRA pour les personnes étrangères qui seront placées en rétention après leur détention. Une liaison entre les équipes médicales de l'établissement pénitentiaire et du centre de rétention doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes et, le cas échéant, permettre d'établir le rapport médical nécessaire à cette procédure ^[31]. Il est primordial, dans le cas où deux médecins sont saisis pour un même dossier, qu'une transmission soit réalisée afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne.

6.2.2.6 Le rapport médical

Nous avons noté que bon nombres de médecins parlent de « certificat médical », alors qu'il s'agit bien de la rédaction d'un rapport médical lors de la mise en place de la procédure « étranger malade ». Cette confusion a aussi été relevée dans l'étude de la jurisprudence où le terme de « certificat » médical est très souvent employé.

La différence entre le certificat et le rapport nous semble indispensable à connaître.

Le code de déontologie, dans son rapport adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins d'octobre 2006 propose une définition du certificat médical.

« Un certificat médical est un document établi sur papier à en-tête du médecin dont l'objet est de consigner, en termes techniques mais compréhensibles, les constatations médicales que le médecin a été en mesure de faire lors de l'examen ou d'une série d'examens d'un patient ou d'attester de soins que celui-ci a reçus ». Le certificat médical est établi à la demande du patient et doit lui être remis en mains propres (sauf dans des cas prévus par la loi, notamment la loi du 4 mars 2002 ^[74] relative aux droits des malades). Le certificat médical est à destination d'un tiers non médecin ^[44].

Un rapport est un compte rendu, un exposé d'une situation, qui est rendu sous forme officielle²⁵. Il s'agit d'un échange entre confrère d'informations médicales couvertes par le secret professionnel ^[44].

Ce rapport médical est lui à destination du MARS et est transmis sous pli confidentiel.

Ce rapport fait partie intégrante du dossier médical, en tant que « correspondance entre professionnel de santé » (Art R1112-2 du CSP) ce qui sous-entend que le patient peut se voir délivrer une copie s'il en fait la demande ^[44] selon les dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ^[74], puisqu'il s'agit d'une pièce communicable (Art 76 du code de déontologie médicale).

Il faudra, cependant, être prudent et expliquer au patient que ce rapport contient des informations médicales sur sa santé et qu'il doit être vigilant quant au destinataire. Ceci toujours dans un souci de respect du secret médical. Cette précaution peut nécessiter l'intervention d'un interprète pour s'assurer que le patient ait bien compris l'enjeu du rapport médical, pour ne pas que cela lui porte préjudice.

²⁵ Définition Larousse.

Nous pouvons proposer une autre alternative à la transmission du rapport médical au patient, afin d'éviter qu'il ne soit en possession de ce document dans sa cellule et que le secret médical soit mis à mal. Ce rapport médical, dans le respect du secret médical, pourrait par exemple, être déposé au greffe de la maison d'arrêt sous pli confidentiel et avec l'accord express du patient afin que l'étranger puisse le récupérer à sa libération. Cette possibilité pourrait être discutée au cas par cas.

6.2.2.6.1 La rédaction du rapport médical

Comme nous l'avons déjà vu, le rapport médical dans le cadre de la procédure « étranger malade » en détention doit être rédigé par un praticien hospitalier titulaire (à temps plein ou à temps partiel). Cette condition représente un facteur limitant à la mise en place des procédures « étrangers malades » dans les unités sanitaires où il y a peu de praticiens hospitaliers ou qui fonctionnent avec des praticiens hospitaliers attachés ou contractuels.

Les médecins rédigent le rapport médical ou adressent le patient à un médecin spécialiste qui rédigera lui-même le rapport, ceci a été évoqué par un médecin qui n'était pas praticien hospitalier titulaire donc ne pouvant rédiger le rapport. Si le médecin estime avoir besoin de l'avis d'un spécialiste, comme pour tout patient il peut lui adresser. Nous pensons à ceci dans l'idée d'obtenir les informations les plus précises possibles. Toutefois nous estimons que le médecin rédacteur du rapport et prenant en charge le patient en détention doit lui-même rédiger le rapport, puisqu'il est considéré comme le médecin traitant du patient détenu.

Sur la question du contenu de l'information du rapport médical les médecins ont mentionné :

- une description de la situation personnelle et administrative du patient (identité, origine du patient, accès aux droits et aux soins avant la détention (AME)),
- une description de la situation médicale du patient (pathologie, nécessité de traitement, suivi, pronostic, pièces communicables).

Dans le cadre de la procédure « étranger malade » le rapport médical doit préciser le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi, sa durée prévisible, les perspectives d'évolution et peut inclure les résultats d'examens complémentaires ^[31]. Ceci doit être le plus détaillé possible. Le rapport doit apporter aux MARS les réponses aux questions auxquelles il doit lui-même répondre. Dans le cas où les renseignements sont insuffisants le MARS peut inviter le médecin rédacteur du rapport à lui fournir les précisions nécessaires pour répondre à sa mission ^[123] (*Annexe 3*).

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin rédacteur n'a pas d'obligation de mentionner l'existence d'un traitement dans le pays d'origine. Cependant, l'étude de la jurisprudence nous a montré que dans certains cas, il était retenu que le rapport médical n'était pas assez détaillé ou circonstancié et n'apportait pas la preuve de l'absence du traitement dans le pays d'origine. C'est pourquoi, comme le précisent aussi l'instruction du 29 juillet 2010, relative aux procédures concernant les étrangers atteints de pathologie graves ^[121], si le médecin est en possession d'informations à ce sujet, il est préférable de les rapporter. Nous proposons en annexe 10 un rapport médical type.

6.2.2.6.2 L'envoi du rapport

Une fois le rapport terminé plusieurs options s'en suivent, concernant le destinataire:

- L'envoi du rapport à l'avocat ou au directeur de la prison. Nous pensons qu'il y a eu confusion au moment de l'entretien, car il nous paraît peu probable qu'un médecin, de par sa formation, délivre à une tierce personne et encore moins à un avocat, des éléments médicaux concernant un patient. En effet, le secret médical est un des piliers de la médecine sous tendu par le serment d'Hippocrate, le code de déontologie médicale (*Art 4*), le code pénal (*Art 226-13 et 226-14*), le code de santé publique (*Art R 4127-4*).

Toutefois, l'idée est de diffuser au maximum cette pièce afin d'aider le patient dans sa démarche. En réaction à cette idée, nous rappelons que le rapport médical est à destination exclusive du MARS (*Art R 313-22 du CESEDA*).

La communication du rapport médical peut être autorisée sous certaines conditions à l'avocat de l'étranger dûment mandaté.²⁶ L'arrêté du 5 mars 2004²⁷, précise que « les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, [...] dès lors que cette personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité ». Toutefois, sur un plan éthique et égal, nous pensons qu'il est préférable que le médecin rédacteur du rapport médical ne le transmette qu'au MARS et au patient si besoin.

- L'envoi du rapport au MARS avec, le plus souvent, une copie conservée dans le dossier médical et parfois une copie pour le patient. A noter que certains médecins ne remettent pas de copie au patient ou laissent le choix au patient détenu : veut-il être en possession de ce rapport dans sa cellule, au risque que ses codétenus apprennent sa pathologie? Nous pensons éventuellement à un patient atteint du VIH qui pourrait être rejeté par les autres détenus.
- La remise du rapport au patient. Ici, il est question soit de la rédaction d'un certificat médical dans l'esprit du médecin donc remis au patient comme il se doit, soit d'une incertitude du médecin quant au destinataire. Une fois le rapport remis au patient, les médecins apportent des conseils sur l'utilité de ce document ainsi que sur les destinataires potentiels. Un des médecins interrogés l'oriente vers la PASS.
- L'envoi à la préfecture, sous pli cacheté, qui le retransmet au MARS. Un des médecins nous a précisé qu'il envoyait un certificat non-descriptif à la préfecture pour informer de la demande de régularisation pour raison de santé. Il joignait dans une enveloppe à part sous pli cacheté le document à destination du MARS. Le médecin nous souligne « qu'en principe » la préfecture n'ouvre pas le courrier qui ne lui est pas destiné. Nous appelons donc à la vigilance des médecins rédacteurs : le Préfet n'est pas le destinataire du rapport. Ce rapport doit être transmis uniquement au MARS.

²⁶ Le mandat est un contrat prévu par le code civil, par lequel une personne, le mandant, donne à une autre personne, le mandataire, le pouvoir de faire des actes juridiques en son nom et pour son compte.

²⁷ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. NOR : SANP0420786A

Simplement, sur une question pratique, le rapport est uniquement à destination du MARS et une copie est remise au patient ^[44]. Le médecin peut, si besoin, envoyer un certificat médical non descriptif mentionnant seulement que le patient peut bénéficier de la procédure « étranger malade » et qu'un rapport médical sera envoyé au MARS.

Nous proposons ci-dessous un certificat médical non descriptif type, pour les médecins souhaitant informer la préfecture de la demande en cours de procédure « étranger malade ».

Certificat médical non descriptif type ^[44]

Lieu, date.

Je soussigné(e) ..., Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ... nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle/lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et dont il/elle risque d'être privé(e) dans son pays d'origine.

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Signature

Concernant l'envoi et les mentions de ce rapport, là aussi nous avons eu plusieurs réponses :

- avec ou sans mention spéciale (« confidentiel », « secret médical »),
- par courrier (avec ou sans accusé de réception) ou par fax,
- par mail sécurisé.

Nous avons constaté que le rapport médical est dans l'ensemble envoyé dans les plus brefs délais en fonction des situations, allant de quelques jours à quelques mois (dans les cas où des examens s'avèrent utiles, ou le temps de récupérer toutes les informations nécessaires). Compte tenu de la situation particulière de l'étranger la procédure doit être menée dans les plus brefs délais ^[44, 121]. Toutefois aucune durée précise n'est mentionnée ^[31,123].

6.2.2.7 Les outils

Nous avons demandé aux médecins les outils qu'ils avaient développés afin de faciliter leur travail. Dans ce domaine, nous avons l'impression que les médecins se sentent livrés à eux même et tentent de faire au mieux dans la mise en place de la procédure et dans la détermination de la disponibilité du traitement dans le pays d'origine.

Voici les différentes réponses apportées concernant les outils développés ou utilisés par les médecins :

Pour les aider à déterminer si le traitement est disponible dans le pays d'origine

- aucun outil,
- des sites internet (par exemple : le site du Ministère des Affaires Etrangères),
- le classement des systèmes de santé,
- leur expérience et leur connaissance,
- discuter avec d'autres professionnels (confrères, MARS, permanence téléphonique du COMEDE, AIDE),
- se baser sur les dires des patients,
- se baser sur l'existence d'une faculté de médecine dans le pays pour déterminer si le traitement est disponible,
- les soins et le plateau technique nécessaires à la prise en charge de la pathologie.

Nous retenons un outil qui n'a pas été cité lors des entretiens mais qui nous paraît intéressant. Il s'agit des sites des Ministères de la Santé des pays concernés. Il faudra alors naviguer sur ces sites afin de trouver les informations utiles, ce qui est chronophage malheureusement. Par exemple le site du Ministère de la Santé de Tunisie (<http://www.santetunisie.rns.tn/fr/>), permet d'avoir une liste des contacts téléphoniques des établissements publics de santé. Prendre contact avec le pays directement pourrait permettre aux médecins d'avoir des informations essentielles sur l'offre de soins du pays.

Nous émettons une certaine réticence quant au site du Ministère des affaires étrangères qui est établi dans l'optique de l'offre de soins disponible dans un pays pour les ressortissants français. Cependant, ce site permet quand même d'avoir un éclaircissement sur la santé dans le pays. Nous appelons donc à la prudence des médecins dans l'utilisation des informations obtenues par cet intermédiaire.

Un médecin nous a indiqué qu'il n'avait pas le temps de faire cette recherche. Nous pouvons concevoir que de s'informer sur la disponibilité du traitement et sur son accès par le patient peut être fastidieux, étant donné le peu de sources fiables disponibles. Toutefois, nous pensons que dans l'intérêt du patient, le médecin doit essayer au maximum de se renseigner sur cet aspect. Ceci permettant de produire un rapport médical apportant les informations nécessaires aux MARS et d'accroître la crédibilité du rapport médical vis à vis du MARS.

On peut pourtant se demander si cette crédibilité n'est pas entravée par le fait que les médecins établissent des rapports parfois sans trop savoir ce que pourrait être l'avis du MARS, dans l'intérêt du patient.

Le but de la procédure n'est pas de régulariser tous les étrangers malades en situation irrégulière, mais bien de prendre en charge les pathologies qui le nécessitent.

Pour les aider dans la mise en place de la procédure les médecins utilisent

- aucun outil,
- les sites internet (association des professionnels de santé exerçant en prison, l'observatoire international des prisons),
- les textes de références,
- le guide méthodologique pour la prise en charge des personnes détenues ^[31],
- les exemples de rapports précédents,
- les discussions avec les confrères, les associations, le MARS,
- les formations suivies sur le sujet,
- un « certificat médical » type.

Nous pensons que les médecins ont un réel besoin d'avoir accès à des sources et outils fiables qu'il est nécessaire de créer. En attendant, le médecin peut s'appuyer sur les associations intervenant auprès des étrangers et sur le MARS afin de déterminer l'accès aux soins dans le pays d'origine.

6.2.2.8 Les difficultés

Nous avons exploré les difficultés que pouvaient rencontrer les médecins des unités sanitaires au cours de la procédure et dans la collecte des données médicales, en détention.

Voici ce qu'il en ressort :

Sur la procédure en elle-même

- Savoir déterminer si l'étranger répond aux conditions nécessaires et s'il s'agit bien de la meilleure solution pour lui.
- La perte des documents médicaux.
- Identifier les interlocuteurs et les destinataires du rapport médical.

- La rupture du secret médical. Le problème se pose avec les personnels non médicaux, comme la préfecture, les avocats etc... Mais la rupture du secret médical n'a pas lieu d'être entre les médecins prenant en charge un patient détenu, notamment dans la collecte des informations médicales. Comme nous l'avons déjà dit, le médecin de l'unité sanitaire est le médecin traitant du détenu, donc la transmission d'informations médicales, avec un médecin ayant pris en charge antérieurement le patient, fait partie de la continuité des soins (*Article 47 du code de déontologie médicale*). Il ne devrait pas avoir de difficulté sur ce point.
- Les relations avec le MARS.
- La méconnaissance de la décision du Préfet.

Dans la collecte des éléments médicaux :

- aucune, mais cela peut être chronophage,
- les problèmes d'identité,
- le secret médical entre médecins,
- des intervenants médicaux non identifiés.

La détention fragilise les liens familiaux, ce qui peut augmenter les difficultés en ce qui concerne la collecte des données médicales du patient, par la simple raison de la rupture des liens avec l'extérieur, par l'intermédiaire de la famille.

6.2.2.9 Le texte

L'interprétation de l'article L 313-11-11° du CESEDA modifié par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 est d'interprétation variable sur certains points selon les médecins. Il est vrai que le texte peut laisser le lecteur perplexe. Ce texte est complété par de nombreux autres documents permettant de définir le cadre de la loi et le rôle du médecin.

La détermination des critères (résidence habituelle en France, conséquences d'une exceptionnelle gravité, circonstances humanitaires exceptionnelles, disponibilité du traitement) énoncés par la loi ne sont pas du ressort du médecin rédacteur du rapport médical. En sachant que le médecin peut, s'il détient des informations utiles à ce sujet pour la procédure, les transmettre au MARS. Toutefois, il nous a paru intéressant de souligner ce que pensaient les médecins afin de mettre en évidence les difficultés de compréhension du

texte de loi.

- La menace à l'ordre public

Il s'agit là, de la compétence exclusive du Préfet, le médecin rédacteur du rapport médical n'a pas à prendre en compte cette condition. Un des médecins de l'étude nous a confié ne pas entreprendre de procédure « étranger malade » s'il estimait que l'étranger représentait une menace à l'ordre public. Nous venons de voir qu'il est dans l'erreur puisqu'il est le médecin et ne doit prendre en compte que les conditions médicales à la procédure et non les conditions administratives.

- La condition de résidence habituelle en France

Il s'agit d'une notion « floue » pour la plupart des médecins interrogés.

Pour certains il s'agit de la régularité du séjour, pour d'autres des attaches en France et/ou du désir de rester sur le territoire.

Une limite de temps sur le territoire a été soulevée sans pouvoir être plus précis ou affirmatif sur la durée. Des médecins ont aussi fait le rapprochement avec l'AME ou la CMU.

En bref, même si cette condition ne relève pas du médecin, mais exclusivement du Préfet, il apparaît clair que celle-ci n'est pas connue des médecins, en partie du fait que cette condition ne soit pas explicite dans l'article, et que le médecin n'est pas tenu de prendre en compte cette condition administrative.

- La prise en charge médicale

Cette notion n'est pas explicitée dans l'article mais même si elle reste vague pour certains, la condition même d'être médecin permet de ne pas avoir trop de difficultés d'interprétation.

Pour les médecins interrogés, il s'agit de la même prise en charge globale que pour n'importe quel patient, même si le statut de détenu peut poser certains problèmes spécifiques à la détention. Cette prise en charge comprend les traitements médicamenteux et l'observance, les actes complémentaires, les consultations spécialisées, les hospitalisations nécessaires et le suivi. Il est donc fait référence à une maladie chronique.

La nécessité de prise en charge médicale comprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la personne malade ^[44] (médicaments, soins, examens de suivi et de bilan...).

- Les conséquences d'une exceptionnelle gravité

Là encore, les médecins trouvent cette notion floue ou pouvant avoir un rapport avec un problème de santé publique ou de santé individuelle. En termes de santé publique, il faut avoir en tête la notion de dissémination de certaines pathologies non prises en charges de manière adéquate, comme les maladies infectieuses sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHB). En termes de santé individuelle, il faut prendre en considération la notion de perte de chance, d'aggravation, d'infirmité, de handicap ou d'engagement du pronostic vital. Cette notion doit aussi prendre en compte l'échelle de temps pour évaluer ces conséquences. Cette échelle de temps est aussi d'interprétation variable allant de quelques mois à quelques années en passant par des pathologies ayant des conséquences à plus long terme en l'absence de traitement, comme par exemple un diabète mal soigné ou une hypertension artérielle. Certains médecins ne se posent pas la question de l'échelle de temps. Mais là encore, l'évaluation par le médecin de ce critère d'exceptionnelle gravité avec sa notion de temps apparaît comme nécessaire à la bonne évaluation de la pertinence pour débiter une procédure. L'évaluation médicale individuelle doit, afin d'essayer de déterminer au mieux les « conséquences d'une exceptionnelle gravité » prendre en compte ^[22] :

- la mise en jeu du pronostic vital,
- l'existence d'une atteinte grave à une fonction importante,
- l'évaluation des complications immédiates et à plus long terme.

L'étude de la jurisprudence a mis en évidence que le critère d'exceptionnelle gravité en l'absence de prise en charge est un facteur prépondérant dans la décision du Préfet. Il est donc nécessaire que le médecin qui établit le rapport mette tout en œuvre pour expliciter en quoi l'absence de prise en charge pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité. La jurisprudence retient parfois le fait que le rapport médical produit ne permettait pas au MARS ou au Préfet de conclure à la condition de l'exceptionnelle gravité en l'absence de cette prise en charge médicale et surtout d'un traitement approprié.

Dans son rapport 2013 ^[70] relatif à l'admission au séjour des étrangers malades, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), proposait que sur le plan réglementaire, après un travail de définition des critères médicaux qui pourrait être réalisé par un groupe d'experts, soit défini la notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité », source d'inégalités de traitement en l'absence de doctrine administrative ou médicale.

A ce jour, les « circonstances d'une exceptionnelle gravité » ne sont toujours pas clairement définies et restent à l'appréciation des médecins.

L'instruction du 10 mars 2014, relative aux conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé, stipule que trois facteurs doivent être pris en compte pour déterminer l'exceptionnelle gravité des conséquences : le degré de gravité (mise en jeu du pronostic vital ou détérioration des fonctions importantes), la probabilité et le délai présumé de survenance de ces conséquences. L'examen de la situation individuelle de l'état de santé de l'étranger est la règle. Cette instruction précise aussi que : *« En l'état actuel de son interprétation jurisprudentielle, la condition d'exceptionnelle gravité des conséquences d'un défaut de prise en charge médicale au sens du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante ».*

Si les conséquences ne sont susceptibles de survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'appréciation des conséquences d'une exceptionnelle gravité peut se faire au regard des conséquences de l'interruption du traitement en cours en France, en d'autres termes en regard de la rupture de la continuité des soins ^[124].

- Les circonstances humanitaires exceptionnelles

La notion de circonstances humanitaires exceptionnelles est apparue avec la modification de l'article L 313-11-11° du CESEDA avec la loi du 16 juin 2011. Cette notion reste également difficile d'interprétation pour les médecins. Cela peut être :

- toutes les situations qui font qu'ils n'ont pas accès aux soins,
- le statut même de détenu,
- des circonstances particulières non médicales, à savoir : l'état de catastrophe naturelle ou circonstances sanitaires dans le pays d'origine, des conditions socio-politiques (mise en danger de la personne dans son pays, état de guerre), des conditions familiales (isolement de la personne dans son pays, insertion en France, les enfants, les femmes enceintes ...).

- des circonstances médicales : les tableaux psychiatriques graves où le renvoi dans le pays d'origine pourrait aggraver l'état de santé, les personnes vulnérables (handicap majeur, débilité, incapables majeurs ...).

Comme pour la condition d'exceptionnelle gravité, il nous semble que le médecin établissant le rapport, même si ce n'est pas stricto sensu de sa compétence, devrait prendre en compte ce facteur et informer le MARS s'il estime que des circonstances humanitaires exceptionnelles existent. L'instruction du 11 novembre 2011 ^[123] relative à recommandation pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers atteints de pathologies graves, précise que le médecin rédacteur du rapport médical peut, s'il dispose d'informations au sujet de la disponibilité du traitement, en informer le MARS, afin de l'aider à rendre son avis. En ce qui concerne la condition d'exceptionnelle gravité ou de circonstances humanitaires exceptionnelles, elles ne sont pas précisées par cette instruction. Cependant nous pensons que le mentionner dans le rapport médical peut être judicieux pour le patient.

Les circonstances humanitaires exceptionnelles sont décrites comme « *tout éléments touchant soit à la situation dans le pays d'origine, soit la situation de l'étranger en France* » ^[110]. Une autre circulaire ²⁸ mentionne comme « *admission au titre de motifs exceptionnel et des considérations humanitaire* » les victimes de violences conjugales ou les victimes de la traite des êtres humains. Il faut toutefois noter que le Préfet a déjà la possibilité de retenir une circonstance humanitaire exceptionnelle pour des raisons sociales et/ou familiales. Dans le cadre de la procédure « étranger malade », il s'agirait plus de raisons en lien avec la situation et la santé de l'étranger dans le cas où un traitement est disponible dans son pays d'origine. Nous pensons ici, aux transsexuels, aux usagers de drogues qui dans certains pays sont « fichés ».

6.2.2.10 Les relations

Nous avons essayé de savoir quelles étaient les relations des médecins des unités sanitaires avec le MARS et le Préfet.

²⁸ Circulaire du 28 novembre 2012, relative aux conditions d'examen des demandes d'admission au séjour déposées par les ressortissants étrangers en SI dans le cadre des dispositions du CESEDA. Nor : INTK1229185C

La demande de pièces complémentaires

Tout d'abord, nous avons cherché à savoir s'il était demandé, par le Préfet ou le MARS, des pièces en supplément du rapport médical, au médecin de l'unité sanitaire.

Sur ce point, nous avons mis en évidence qu'il n'y avait pas de grandes difficultés ressenties par les médecins. Si le MARS leur demande des éléments complémentaires médicaux, ils les fournissent.

D'ailleurs, l'instruction du 11 novembre 2011, relative aux recommandations pour émettre des avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologie grave, le prévoit. En effet, comme nous l'avons déjà vu, le MARS est un médecin ayant accès à des informations médicales couvertes par le secret professionnel que lui transmettra le médecin rédacteur du rapport médical, il s'agit d'une correspondance entre médecins dans l'intérêt du patient. Par contre, si cette demande émane du Préfet, ils sont tous d'accord pour ne transmettre aucun élément, sous couvert du secret médical.

Le Préfet ne doit pas être le destinataire d'informations médicales et le Conseil d'État a stipulé en 2010, que « *le respect des règles du secret médical interdit au médecin de l'ARS de révéler des informations sur la pathologie qui touche l'étranger souffrant d'une affection grave et la nature des traitements médicaux qu'il nécessite* » (CE, 15 décembre 2010, n°325119) ^[44]. Certains proposent au Préfet de se mettre en relation avec le MARS.

Nous pensons que cette attitude est la bonne puisque le médecin rédacteur doit respecter ce secret, il peut donc renvoyer les demandes du Préfet vers le MARS, qui pourra lui répondre mais en ne violant pas le secret. Il ne peut être reproché au médecin de respecter le secret médical, mais sa violation est punie par l'article 226-13 du CP.

Les pressions subies ou ressenties

Nous avons enfin demandé aux médecins, puisqu'il s'agit d'une procédure administrative soumise à des contraintes politiques que nous n'aborderons pas, s'ils subissaient des pressions de la part du MARS ou du Préfet au sujet de leur rapport médical.

La plupart ne subit pas de pression de la part des services préfectoraux. Par contre, certains ressentent une « sorte » de pression de la part des intervenants (associations en particulier) ou du patient qui souhaite que le médecin mentionne « bien » dans son rapport qu'il n'a pas accès à la prise en charge dans son pays.

L'article 28 du code de déontologie médicale et l'article R 4127-28 du CSP stipulent qu'il est interdit de délivrer un rapport tendancieux. Le médecin ne doit pas se laisser influencer ou répondre à des demandes abusives (*Art 50 du code de déontologie et R4127-50 du CSP*). Il suffira d'expliquer au patient que sa demande est justifiée et que vous allez rédiger un rapport circonstancié avec tous les éléments nécessaires au MARS dans le cadre de la procédure « étranger malade », il n'est donc pas nécessaire de vouloir « enjoliver » la situation du patient, au contraire, cela pourrait lui nuire.

Certains médecins ressentent comme « pression » le fait de ne pas savoir officiellement ce qu'il adviendra de la procédure et les disparités entre les décisions. Les médecins ne sont pas tenus au courant de la décision finale concernant leur patient.

Nous avons eu l'impression que le sentiment de frustration causé par l'ignorance de l'issue de leur rapport était ce qui ressortait le plus des entretiens. Ceci a été abordé très souvent et parfois même plusieurs fois au cours d'un même entretien. Sur le plan pratique, et dans un but d'organisation de la continuité des soins à la sortie de détention, il serait nécessaire que le Préfet ou à défaut le MARS, informent le médecin rédacteur du rapport médical de la décision rendue ou de l'avis émis et que ceci soit motivé.

Ni le Préfet ni le MARS ne sont tenus d'informer le médecin rédacteur du rapport. Pourtant la connaissance de la décision du Préfet ou à défaut de l'avis du MARS (tout en sachant que le Préfet n'est pas lié à l'avis du MARS, c'est-à-dire qu'un avis favorable du MARS n'aboutira pas forcément à une décision favorable du Préfet et donc à la délivrance du titre de séjour pour raison de santé) est importante pour les médecins rédacteur du rapport médical pour pouvoir organiser la continuité des soins du patient à sa sortie de détention. Cette organisation sera en effet différente si le patient est régularisé, pouvant donc bénéficier de l'organisation des soins au niveau local. Pour répondre à ce besoin, notre étude a montré que les médecins se débrouillaient par des moyens détournés pour tenter de prendre connaissance de cette information.

Ceci déstabilise aussi les médecins puisqu'ils n'ont aucun repère. Par exemple, pour simplifier, le texte dit que les patients atteints du VIH ou des virus de l'hépatite B ou C, devraient être régularisés pour raison de santé, or nous avons vu par la jurisprudence que ce n'était pas toujours le cas.

Ainsi le médecin doit être en mesure de bien poser l'indication de la mise en place de la procédure pour mettre toutes les chances du côté de son patient. Mais le médecin doit aussi, comme le prévoit le code de déontologie dans son article 50 et le CSP dans son article R 4127-50, produire les pièces nécessaires à l'obtention d'avantages sociaux à son patient. Tout est donc dans la modération et l'explication au patient.

6.2.3 Pour conclure

Les médecins de l'étude souhaiteraient :

- Recevoir une information claire et facilement accessible des textes de loi en vigueur.
- Que cette procédure fasse l'objet d'une diffusion large auprès des médecins exerçant en détention.
- Avoir à leur disposition un guide simple de la procédure à suivre au niveau local et un guide officiel.
- Avoir la liste des contacts utiles.
- Voir se mettre en place un réseau de professionnel (médecins, travailleurs sociaux, MARS).
- Voir se mettre en place des formations et des réunions de façon régulière sur le sujet.
- Être tenu au courant de la décision du Préfet et/ou de l'avis du MARS et que ces avis soient motivés.

7 PROPOSITION DE LOI SUR L'IMMIGRATION

Le projet de loi, relatif au droit des étrangers en France, a été adopté par l'assemblée nationale en première lecture le 23 Juillet 2015. Il stipule :

« À l'étranger résidant habituellement en France si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, **eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé** dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après **avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration**, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. **Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le Ministre chargé de la santé.** Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre. »

En bref, la compétence du MARS à propos des avis rendus dans le cadre de la procédure « étranger malade » va être supprimée et remplacée par un « *avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)* ». Nous n'aborderons pas, en détail, dans ce travail les conséquences prévisibles déjà soulevées par les associations intervenant auprès des étrangers.

La CIMADE dans son « rapport de l'observatoire malades étrangers » édité en juin 2015, soulève par le biais de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers que la modification du texte de loi citée ci-dessus n'a de sens qu'à condition que l'évaluation médicale soit menée dans une logique de prévention de la santé et non de contrôle de l'immigration. Ce rapport souligne entre autre que le fait de transférer l'évaluation médicale aux médecins de l'OFII qui sont placés sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur, ayant pour objectif la gestion des flux migratoires et non l'objectif de protection de la santé individuelle et publique, serait source de confusion entre des actions de santé et des actions de contrôle de l'immigration. Le patient serait d'abord considéré comme étranger, avant d'être considéré comme malade.

8 SYNTHÈSE

A la fin de certains entretiens, les médecins nous ont demandé si ce travail serait diffusé. Suite à une proposition d'un des médecins, nous espérons saisir l'opportunité de présenter ce travail au 12^{ème} congrès des USCA qui aura lieu le 10 et 11 Mars 2016 à Marseille. Cette communication aura pour objectif de répondre, modestement, aux médecins désireux d'informations.

En premier lieu nous allons faire la synthèse de la procédure « étranger malade » de façon simple avec les spécificités relatives à la détention en rapport avec les éléments pertinents soulevés par notre étude.

ARTICLE L 313-11-11° DU CESEDA MODIFIÉ PAR LA LOI N°2011-672 DU 16 JUIN 2011

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit :

*A l'étranger **résidant habituellement** en France dont **l'état de santé nécessite une prise en charge médicale** dont le défaut pourrait entraîner pour lui des **conséquences d'une exceptionnelle gravité**, sous réserve de **l'absence d'un traitement approprié** dans le pays dont il est originaire, sauf **circonstance humanitaire exceptionnelle** appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé désigné par le directeur général de l'agence ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'agence régionale de santé ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État ».*

1. La demande de titre de séjour pour raison de santé par le patient

L'étranger malade dont l'état de santé pourrait lui donner droit à la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » doit :

- Solliciter (en personne) à la préfecture la délivrance d'un titre de séjour en raison de son état de santé ^[121].
- Produire par l'intermédiaire d'un médecin agréé ou d'un praticien hospitalier un rapport médical ^[121].
- Se voir délivrer un récépissé de dépôt de demande de titre de séjour ^[124].

En aucun cas, un passeport en cours de validité ne doit lui être demandé pour déposer sa demande ^[124]. Cependant, l'étranger doit justifier par tous moyens de sa nationalité, puisque les avis du MARS et du Préfet prennent en considération le pays d'origine.

De même, en aucun cas, l'étranger ne doit produire à la préfecture des certificats médicaux, même ceux dits non-circonstanciés, ayant pour nature de fournir des indications sur leur état de santé.

2. Les conditions nécessaires

- La menace à l'ordre public

L'évaluation de cette condition est de la seule compétence du Préfet.

- La condition de résidence habituelle en France

La condition de résidence habituelle en France du demandeur est vérifiée par le Préfet préalablement, à toute instruction du dossier, sur le plan médical ^[124]. Pour quelle puisse être caractérisée d'habituelle, cette résidence doit avoir une durée au moins égale à un an et doit être appréciée avec discernement.

- La nécessité de prise en charge médicale

Des décisions récentes du Conseil d'État (*n°316625 et n° 301640 du 7 avril 2010*) ont précisé que la notion d'accessibilité effective à la prise en charge médicale dans le pays d'origine recouvre non seulement de l'existence de traitements et de structures médicales mais aussi de l'accessibilité économique, géographique et concrète (éléments de la situation personnelle à prendre en compte) à cette prise en charge ^[121]. La modification de l'article L313-11-11° du CESEDA par la loi du 16 juin 2011, ne précise pas non plus ce qu'est pour le législateur « une prise en charge médicale ».

- Le traitement approprié

L'absence de traitement approprié est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettent pas au demandeur, en cas de retour dans son pays d'origine, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé ^[123].

Il faudra prendre en compte :

- le traitement qui est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitement médicamenteux, soins techniques, examens de suivi, bilan),
- le traitement approprié qui doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou comorbidités),
- le traitement approprié qui dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause.

Si le médecin agréé ou praticien hospitalier dispose d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au MARS avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier.

En ce qui concerne, le VIH, il est considéré par une circulaire de 2005 que dans l'ensemble des pays en voie de développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH ^[97].

Concernant les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas la mise sous traitement immédiate, il ne peut non plus être considéré que les pays en voie de développement disposent de l'infrastructure essentielle au suivi, celui-ci étant indispensable pour déterminer le moment où la mise sous traitement sera nécessaire.

Ceci a été étendu aux hépatites ^[121] : lorsqu'il existe une indication de traitement, la possibilité d'un accès effectif aux soins dans l'ensemble des pays en développement ne peut être considéré. Dans le cas où l'indication thérapeutique n'est pas posée, compte tenu du fait que l'histoire naturelle des hépatites peut conduire à des complications graves en l'absence de traitement et qu'une surveillance (clinique, biologique, virologique et morphologique) régulière s'impose, il doit être considéré que les moyens nécessaires au suivi efficace et adapté ne sont pas accessibles dans les pays en développement.

- Les conséquences d'une exceptionnelle gravité

Le MARS doit être en mesure d'apprécier les conséquences sur l'état santé de l'étranger d'un défaut de prise en charge de la pathologie concernée en s'appuyant sur les informations disponibles (recommandations de la Haute Autorité de Santé, conférence de consensus ...). C'est à lui que revient la compétence de déterminer si ces conséquences ont un caractère exceptionnellement grave en combinant les trois facteurs suivants :

- degré de gravité : mise en cause du pronostic vital ou détérioration d'une de ses fonctions importantes,
- probabilité présumée de survenance de ces conséquences,
- délai présumé de survenance de ces conséquences.

Le Conseil national du Sida a publié le 26 février 2004 ^[22] une note proposant la définition suivante : *« les conséquences d'une exceptionnelle gravité doivent être appréciées aussi bien au regard de la santé publique que de la personne elle-même. La référence à cette notion implique que pour chaque demandeur soient examinés non seulement le pronostic vital mais aussi l'existence d'une atteinte grave à une fonction importante. Le principe doit être celui d'un examen individuel de la demande. Dans chaque cas, sont évaluées la gravité de la pathologie et les conséquences, immédiates et à plus long terme, d'un défaut de traitement »*.

Lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'appréciation doit se faire en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé et de l'interruption du traitement dont il bénéficie en France (rupture de la continuité des soins).

- Les circonstances humanitaires exceptionnelles

Elles sont appréciées par le Préfet, après avis du directeur général de l'ARS ^[110]. Il doit examiner les éléments de la situation de l'étranger dans le pays d'origine ou la situation de l'étranger en France.

3. Le rapport médical

Le rapport médical doit être établi par un médecin agréé ou un praticien hospitalier. Il doit être explicite et détaillé. Il doit mentionner entre autre:

- Le diagnostic des pathologies en cours.
- Le traitement suivi et sa durée prévisible.
- Les perspectives d'évolution.

Ce rapport médical indiquant l'état de santé du détenu, le médecin peut donc y décrire son examen clinique et tous les éléments paramédicaux pertinents qui justifient de cet état de santé et de la nécessité de prise en charge médicale. Ceci dans le but de circonstancier un maximum son rapport.

Ce rapport doit être envoyé sous pli confidentiel, portant la mention « secret médical », à l'attention exclusive du MARS ^[121].

Cependant, si le médecin agréé ou praticien hospitalier dispose d'informations sur les éléments de disponibilité du traitement, il peut les fournir au MARS avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier.

4. L'avis du MARS

L'avis du MARS ne constitue pas une décision administrative mais un élément de procédure.

Lors de la réception du rapport médical, le MARS doit en premier aviser le Préfet de la réception du rapport puis étudier le dossier de l'étranger et rendre son avis au Préfet dans les trente jours, sous réserve de la demande d'éléments complémentaires au médecin rédacteur du rapport ^[124].

Le MARS a le devoir et l'obligation de respecter le secret médical du patient vis-à-vis du Préfet. C'est pourquoi il est tenu de rendre son avis dans le respect des formes prévues par les textes en vigueur (*Annexe 4*).

Le MARS doit répondre aux questions suivantes pour rendre son avis au vu des informations médicales en sa possession ^[110]:

- L'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- Le défaut de celle-ci peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- Quelle est la durée prévisible du traitement ?
- Existe-t-il un traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger ?

- Si le traitement approprié existe dans le pays d'origine, l'état de santé de l'étranger lui permet-t-il de voyager sans risque vers ce pays ?

Si le MARS dispose d'éléments pouvant indiquer l'existence de circonstances humanitaires exceptionnelles à prendre en compte, il doit prendre l'avis du directeur général de l'ARS qui transmettra son avis au Préfet.

5. La décision du Préfet

A la réception de l'avis éclairé du MARS, le Préfet doit rendre son avis, dans un délai de trente jours. Il n'est en aucun cas lié à l'avis du MARS ^[124].

6. Le secret professionnel médical

Le secret médical a été institué dans l'intérêt des malades et constitue un des principes fondamentaux de la profession de médecin. (*Art L 1110-4 et R 4127-4 du CSP et art 4 du code de déontologie médicale*)

Les documents produits au cours de la procédure « étranger malade » (certificats et rapports médicaux, résultats biologiques, comptes rendus d'hospitalisation ...) sont couverts par ce secret. Le MARS est donc soumis au secret médical en ce qui concerne les éléments qu'il transmet au Préfet ^[124].

7. Les spécificités des retenus et détenus ^[123]

Dans les situations particulières comme la détention ou la rétention des étrangers en situation irrégulière, il convient de veiller à la coordination des différents services concernés (unités sanitaires, UMCRA, services préfectoraux...) ce qui permet une intervention rapide et de qualité. Dans ces cas, il appartient aux médecins praticiens hospitaliers de l'UMCRA ou de l'unité sanitaire concernés d'établir le rapport à destination du MARS.

En détention

L'étranger doit être informé par l'administration pénitentiaire et plus particulièrement par le SPIP, de la disposition dont il relève. Cette information doit intervenir suffisamment tôt aux cours de la détention afin que la procédure puisse être mise en œuvre très en amont de la libération.

Un rapport médical doit être rédigé par le médecin praticien hospitalier de l'unité sanitaire précisant le diagnostic de la pathologie en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution.

Ce rapport doit être rédigé à la demande de l'intéressé. Mais il appartient aussi au médecin de l'unité sanitaire de proposer cette procédure et de prendre attache avec le SPIP ^[31].

Ce rapport est transmis par le médecin de l'unité sanitaire au médecin de l'ARS qui émettra un avis et le transmettra au Préfet.

Le SPIP est le garant de la mise en œuvre de cette procédure si le patient le souhaite. Le SPIP peut prendre attache et/ou orienter le détenu vers des partenaires associatifs ou vers le « point accès au droit ». Le SPIP peut fournir les éléments relatifs à la situation pénale ou administrative du détenu. Les services sanitaires et le SPIP évaluent en collaboration l'opportunité de saisir la préfecture.

L'aspect de coordination avec les UMCRA n'a volontairement pas été abordé dans notre étude.

8. Les dysfonctionnements mis en évidence

L'instruction ministérielle du 29 Juillet 2010, relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves ^[121], avait déjà décrit divers dysfonctionnements :

- Le refus d'enregistrement de demande de carte de séjour « vie privée et familiale » en raison de l'état de santé, en cas de durée du séjour en France inférieure à un an.
- Le renouvellement des cartes de séjour temporaires par des autorisations provisoires de séjours pouvant se succéder. Ceci pose le problème de l'accès aux soins par les étrangers, puisque les autorisations provisoires de séjour n'ouvrent pas les droits pour la CMU alors qu'ils ne se trouvent plus en situation irrégulière.
- La divulgation de diagnostics ou de pathologies transgressant le respect du secret médical notamment aux services préfectoraux.
- Les difficultés de coordination, en ce qui concerne les étrangers placés en rétention administrative, entre les services médicaux du CRA, les MARS et les Préfets.
- Les demandes d'information à caractère médical adressées aux MARS, par les services administratifs non médicaux.

Ces dysfonctionnements ont un impact :

- En termes de santé individuelle : en situation irrégulière, les personnes peuvent renoncer à une démarche de dépistage, de soins, ou interrompre le suivi engagé.
- Au plan de la santé publique : la rupture avec les réseaux de soins et de prévention majeure, en cas de maladies infectieuses, les risques de transmissions, voire favorise l'apparition de souches virales ou bactériennes résistantes.

9 SUGGESTIONS

Pour tenter de favoriser la mise en place de la procédure « étranger malade » en détention, il pourrait être intéressant de revoir la condition du médecin rédacteur du rapport médical pour ne pas être restreint aux seuls praticiens hospitaliers titulaires, en l'élargissant aux autres praticiens des unités sanitaires, comme les contractuels ou les attachés.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients détenus pouvant bénéficier d'une procédure « étranger malade » nous suggérons :

- de se servir, comme référence indispensable, du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice de 2012, qui est actuellement en cours de réactualisation par les services de la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire. Ce guide est disponible par le lien internet suivant : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf.
- aux médecins de s'informer, avec l'accord du patient de nationalité étrangère, sur leur situation administrative au regard du CESEDA. La question de cette situation administrative peut être intégrée au formulaire de consultation « arrivant ». Il est possible éventuellement d'explorer ce champ, uniquement dans les cas où une pathologie grave est connue ou suspectée.

- l'une des obligations déontologiques des médecins étant de faire en sorte que le patient puisse bénéficier des avantages sociaux auxquels il a droit, nous pensons que le médecin devrait orienter les patients de nationalité étrangère en situation irrégulière vers le SPIP, l'assistance sociale, ou l'association s'occupant des étrangers intervenant dans la maison d'arrêt ou du moins s'assurer que cette orientation a eu lieu.
- aux médecins d'être alertes sur le fait qu'à tout moment le patient « étranger malade » pourra demander de débiter la procédure. Toutefois, il est peut-être plus judicieux de débiter cette procédure quelques mois avant la sortie (si la date est connue) et cela devra être expliqué au patient assez rapidement après le début de son incarcération.
- de veiller comme pour tous les patients à la bonne tenue du dossier médical. Ce qui aura pour conséquence d'avoir tous les documents nécessaires « sous la main » lorsqu'une procédure « étranger malade » sera mise en place. Par ailleurs, ceci pourra permettre une meilleure coordination avec le médecin de l'UMCRA (si le patient est placé en CRA lors de sa libération).
- d'avoir en mémoire les textes relatifs aux patients atteints du VIH ou des virus de l'hépatite qui peuvent et doivent faire l'objet de cette procédure si le patient le souhaite.
- Aux médecins qui seront amenés à rédiger un rapport médical dans le cadre de la procédure « étranger malade », de se mettre à leur tour en relation avec le SPIP, l'assistante sociale, ou l'association intervenant dans la maison d'arrêt, afin que certains facteurs (sociaux ou familiaux) pouvant justifier de la délivrance du titre de séjour soient portés à leur connaissance et qu'ils en fassent mention, si besoin, dans leur rapport.

En ce qui concerne les outils pour aider les médecins, nous proposons :

- Des guides et sites internet
- « Prise en charge médico psycho-sociale » document réalisé par le COMEDE avec le concours de l'INPES et de la direction générale de la santé. Ce guide comporte un chapitre fourni sur les droits, présentant les différentes procédures et les formulaires relatifs aux demandes de titre de séjour en raison de l'état de santé. Le guide est également

téléchargeable par le lien <http://www.comede.org/Guide-Comede-2013>. Le guide 2015 « Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement » vient de paraître et est gratuitement distribué sur simple demande ou est disponible sur le lien suivant : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>.

Pour recevoir la version papier, il faut en faire la demande auprès de l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail à l'adresse suivante : edif@inpes.sante.fr.

- site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé qui présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde : <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#N>.

- en ce qui concerne le VIH, le rapport annuel d'ONU sida, et notamment son annexe 2 présentant en pages 248 et suivantes, pour 182 pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage de personnes recevant et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, sont consultables par le lien suivant :

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Annex2_Fr.pdf.

- le site du GIP ESTHER "Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau", créé en mars 2002 à l'initiative conjointe des Ministres français chargés de la santé et de la coopération, présente une vue actualisée de l'accès au suivi médical, notamment dans les 18 pays dans lesquels le GIP est présent : <http://www.esther.fr>.

- le site du Ministère des affaires étrangères. Il faut un peu naviguer sur le site mais il peut y avoir des informations intéressantes sur les systèmes de santé des pays. Il faut aller sur <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/> puis aller dans la rubrique « services aux citoyens » puis dans l'onglet « préparer son expatriation » et enfin naviguer dans les « dossiers pays de l'expatriation » pour trouver le chapitre « santé ». Il n'y a pas forcément toutes les réponses aux questions que l'on peut se poser pour rédiger le rapport mais le site propose des liens internet vers d'autres sites intéressants. C'est malheureusement un peu fastidieux.

- les sites des Ministères de la Santé des pays concernés, pouvant permettre de prendre contact avec les médecins locaux et ainsi se renseigner sur la disponibilité et l'accès du traitement dans le pays en question.

- le site internet de l'UNPD (United Nations Development Programme Human Development) disponible au lien suivant : <http://hdr.undp.org/fr/content/table-1-human-development-index-and-its-components>

- Une adresse

- un pôle ressource national, l'Espace Santé Droit, animé par la CIMADE et le COMEDE, subventionné par la Direction Générale de la Santé qui peut renseigner les professionnels sur les principales questions concernant le droit de la santé des étrangers, notamment leur accès aux soins et à la protection sociale et le droit au séjour pour raisons médicales. Espace Santé Droit - 195, avenue Victor Hugo - 93 300 Aubervilliers – Tel : 01 43 52 69 55 - Fax : 01 43 52 97 24.

- ✓ Des numéros de téléphone utiles : permanences téléphoniques nationales du COMEDE
 - **permanence téléphonique médicale** : 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30-17h30.
 - **permanence téléphonique socio-juridique** : 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30.
 - **permanence téléphonique santé mentale** : 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30-17h30.
- ✓ Lien avec le CRA et la Fédération des Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative

Nous avons constaté au cours de notre étude, que les médecins exerçant en CRA ou à la PASS étaient plus à l'aise avec cette procédure, nous pouvons donc conseiller aux médecins des unités sanitaires n'ayant pas cet exercice de se mettre en lien avec un médecin de CRA ou de la PASS proche de la maison d'arrêt, afin d'optimiser la prise en charge des patients en situation irrégulière sortant de prison. En cas de besoin ils peuvent contacter la Fédération des Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative à l'adresse fumcra@hotmail.fr.

Bon nombres de médecins souhaiteraient être informés de la décision du Préfet à défaut de l'avis du MARS afin de mieux organiser le suivi des soins. Nous pouvons simplement rappeler qu'officialiser la diffusion de l'avis du MARS aux médecins des unités sanitaires, avant que la décision du Préfet ne soit prise, semble peu réalisable en pratique puisque cela risquerait de mettre en « porte à faux » les différents intervenants de la procédure. La diffusion de la décision ne pourrait être possible qu'après décision du Préfet. Malheureusement, nous ne pouvons proposer aucune solution « pratique » à ce sujet, la proposition étant dans les mains du législateur.

La procédure « étranger malade » nécessite l'intervention de différents corps de métiers n'ayant pas les mêmes objectifs pour le patient étranger.

Dans le cadre de ce travail de thèse de médecine, nous nous sommes intéressés seulement à la partie médicale de la procédure.

Pour compléter ce travail et avoir une vision plus globale de la procédure et de ses dysfonctionnements, il serait nécessaire de s'intéresser aux autres intervenants (Préfet, MARS, associations, SPIP). Ceci dans un but d'harmonisation des pratiques de chacun et de maximiser la collaboration.

Nous devons souligner qu'un projet de loi a été adopté par l'assemblée nationale au cours de la rédaction de cette thèse. Ce projet, s'il est adopté définitivement, modifiera certains aspects de la procédure « étranger malade ». Toutefois, le rôle du médecin exerçant en prison ne change pas. Ainsi, les dispositions et conditions de rédactions du rapport ne seront a priori pas modifiées de façon majeure par le vote de la loi, en automne.

V. CONCLUSIONS

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du Ministère de la Santé. Les détenus ont les mêmes droits à la santé que les personnes libres. Au 1^{er} janvier 2015 la population carcérale était composée de 19 % d'étrangers.

C'est le Préfet qui prend la décision d'octroyer ou non la possibilité au patient, de nationalité étrangère, de bénéficier d'un droit au séjour ou de le protéger contre l'éloignement pour raison médicale. Il prend sa décision au vu de l'avis du MARS qui, lui, rend son avis au vu du rapport médical établi par un praticien hospitalier ou par un praticien agréé.

Dans le cadre d'une procédure engagée en détention la collaboration avec le SPIP et les associations défendant les droits des étrangers est primordiale pour la mise en place de la procédure « étranger malade ».

Nous avons donc réalisé une étude dont l'objectif principal était de mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de la mise en place de la procédure « étranger malade » par les médecins des unités sanitaire de niveau 1 en détention. Nous avons comme objectifs secondaires de favoriser l'initiation de la mise en place de la procédure pendant la détention du patient, de proposer des outils afin d'aider les médecins des unités sanitaires, d'identifier les situations médicales pouvant être concernées et enfin de proposer des pistes qui permettront d'aider à harmoniser au niveau national, les décisions prises par les médecins lors de la délivrance de leur rapport au médecin de l'ARS. Pour répondre à nos objectifs, nous avons mené une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins travaillant en unités sanitaires de niveau 1, concernés par le sujet. Les onze entretiens réalisés ont permis de se rendre compte que la procédure était peu connue ou mal connue des médecins et qu'elle était très peu initiée en détention. Nous avons aussi mis en évidence que l'interprétation de l'article L 313-11-11° du CESEDA était variable en fonction des médecins et que chaque médecin tentait de répondre à la demande de procédure « étranger malade » du mieux qu'il pouvait en se sentant parfois seul et sans ressource.

Actuellement, il est indiscutable qu'il arrive parfois que deux MARS distincts puissent, dans deux dossiers similaires (même pathologie au même stade, même nationalité) donner des avis opposés. Afin que les décisions des Préfets soient justes, l'harmonisation des avis donnés par les MARS (ou par les médecins qui seront désignés par la future loi sur l'immigration), est indispensable et passe par l'harmonisation des rapports médicaux des médecins des unités sanitaires en détention. C'est à ce prix que l'on respectera au mieux l'égalité des droits.

LEXIQUE

APATRIDE : toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.

CONDAMNE : personne qui par une décision définitive, est déclarée coupable d'avoir commis une infraction à laquelle est appliquée une sanction.

DEMANDE D'ASILE (DEMANDEUR D'ASILE) : se dit d'une personne qui a fui son pays en raison des persécutions qu'elle a subies ou qu'elle craint subir, dont la demande n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive et ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

ÉTRANGER : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

EXILE : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

EXTRANEITE : caractère d'étranger.

IMMIGRE : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : il s'agit d'un magistrat du siège du TGI possédant diverses attributions en matière de respect de la liberté individuelle.

MIGRANT : au sens de migrant international, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.

PREVENU : personne poursuivie mais en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice des voies de recours.

ANNEXES

ANNEXE 1 : l'organigramme de l'administration pénitentiaire

L'administration pénitentiaire

```
graph TD; A[L'administration pénitentiaire] --- B[La direction de l'administration pénitentiaire]; A --- C[Les services déconcentrés]; B --- B1[• La sous direction de l'état-major de sécurité]; B --- B2[• La sous direction des personnes placées sous main de justice]; B --- B3[• La sous direction de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés]; B --- B4[• La sous direction des ressources humaines et sociales]; B --- B5[• Le service de la communication et des relations internationales]; B --- B6[• L'inspection des services pénitentiaires]; C --- C1[• Les directions interrégionales]; C --- C2[• Les établissements pénitentiaires]; C --- C3[• Les services pénitentiaires d'insertion et de probation]; C --- C4[• Les services de l'emploi pénitentiaire]; C --- C5[• L'école nationale de l'administration pénitentiaire];
```

La direction de l'administration pénitentiaire

- La sous direction de l'état-major de sécurité
- La sous direction des personnes placées sous main de justice
- La sous direction de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés
- La sous direction des ressources humaines et sociales
- Le service de la communication et des relations internationales
- L'inspection des services pénitentiaires

Les services déconcentrés

- Les directions interrégionales
- Les établissements pénitentiaires
- Les services pénitentiaires d'insertion et de probation
- Les services de l'emploi pénitentiaire
- L'école nationale de l'administration pénitentiaire

ANNEXE 2 : la fiche de procédure : courrier du MARS au Préfet

Le.....

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

à

Monsieur le Préfet / Monsieur le Préfet de police

OBJET : Délivrance d'un titre de séjour à une personne étrangère malade.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai reçu le rapport médical établi par : un médecin praticien hospitalier / un médecin agréé, concernant l'état de santé de Monsieur,

Madame.....

Domicilié(e)

.....

.....

Qui sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » en application de l'article L.313-11-11° du code de l'entrée au séjour des étrangers et du droit d'asile.

ANNEXE 3 : la fiche de procédure : demande du MARS de renseignements au médecin agréé/praticien hospitalier

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE

Le

Le médecin de l'Agence Régionale de Santé

à

Monsieur le docteur

Le rapport médical que vous avez établi pour Monsieur, Madame,, en date du, ne me permet pas de donner l'avis demandé par Monsieur le Préfet dans le cadre de la procédure concernant les étrangers malades.

Veuillez, je vous prie, me transmettre, sous pli confidentiel « secret médical », à l'adresse ci-jointe, les éléments complémentaires suivants :

.....

.....

.....

Avec mes remerciements, recevez mes sentiments confraternels.

ANNEXE 4 : Le support de l'avis du MARS à Monsieur le Préfet

Le

Le médecin de l'Agence Régionale de Santé,

à

Monsieur le Préfet

OBJET : Application des articles L.313-11-11°, L.521-3-5° et L.523-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Le dossier de Madame, Monsieur,

.....

Né(e) le..... à

Demeurant à

M'a été transmis pour avis sur la délivrance d'une carte de séjour temporaire en application des dispositions citées en objet.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les éléments suivants :

L'état de santé du demandeur :

- Nécessite une prise en charge médicale
- Ne nécessite pas une prise en charge médicale

Le défaut de prise en charge :

- Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- Ne devrait pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- Il existe un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale
- Il n'existe pas de traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale

Les soins nécessités par son état de santé :

- Présentent un caractère de longue durée
- Doivent, en l'état actuel, être poursuivis pendant une durée de ... mois

Observations complémentaires :

En cas d'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine

- Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de la personne lui permet de voyager sans risque vers le pays d'origine
- Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de la personne ne lui permet de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le Médecin de l'agence régionale de santé

ANNEXE 5 : La grille d'entretien

Ce questionnaire concerne les patients détenus étrangers qui souhaitent rester en France pour raison de santé.

A. GENERALITES :

- 1- Quel est votre statut au sein de l'unité sanitaire ?
 - PH?
 - Médecin agréé?
 - Ni l'un ni l'autre ? / il y a-t-il dans votre US un PH ou un médecin agréé ?
- 2- Etes-vous le médecin responsable de l'unité sanitaire ?
- 3- Quelle est votre formation initiale ?
- 4- Depuis combien de temps travaillez-vous en établissement pénitentiaire ?

B. LA PROCEDURE ETRANGER MALADE

- 1- Si je vous dis « procédure étranger malade en maison d'arrêt », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- 2- Que faites-vous si un patient détenu étranger vous dit qu'il veut rester en France pour raison de santé ?
- 3- En 2014, combien de rapports médicaux dans le cadre d'une procédure étranger malade avez-vous rédigés ?
- 4- En 2014, pouvez-vous me citer les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles vous avez engagé une « procédure étranger malade » ?
- 5- En 2014, quels sont les différents pays d'origine des patients détenus pour lesquels vous avez engagé une « procédure étranger malade » ?
- 6- A quel moment de la détention, envisagez-vous de débiter une « procédure étranger malade » ?
- 7- Pouvez-vous me décrire les différentes étapes que vous suivez lorsque vous mettez en place une « procédure étranger malade » ?
- 8- Quelles difficultés rencontrez-vous au cours de la « procédure étranger malade » ?

C. Lecture d'un extrait de l'article L313-11 alinéa 11 du CESEDA

- 1- Que comprenez-vous par « résidant habituellement en France » ?
- 2- Pour vous en quoi consiste une « prise en charge médicale » dans le cadre de la procédure étranger malade ?
- 3- Que sont pour vous des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » ?
- 4- Que signifient pour vous « des circonstances humanitaires exceptionnelles » ?
- 5- Sur quelle échelle de temps vous basez vous pour pouvoir affirmer qu'en l'absence de traitement une pathologie peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- 6- Sur quels outils vous basez vous pour déterminer si un traitement approprié est disponible dans le pays d'origine du détenu ?
- 7- Prenons l'exemple d'un patient détenu VIH, quels sont les éléments (clinique, thérapeutique, administratif...) que vous prenez en compte pour engager une « procédure étranger malade » ?

D. Votre rapport médical :

- 1- Quels sont les outils/ moyens que vous avez mis en place pour vous aider dans la rédaction de votre rapport médical ?
- 2- Quelles informations faites-vous figurer dans votre rapport ?
- 3- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la « collecte » des éléments médicaux concernant

votre patient ?

- 4- A qui remettez-vous votre rapport ?
- Puisque vous l'adressez au MARS sous quelle forme l'envoyez-vous ?
- Puisque vous remettez le rapport au patient que doit-il en faire ? Quelles consignes particulières lui donnez-vous ?
- Que faites-vous de la copie du rapport ?
- 5- Quelle(s) mention(s) spécifique(s) porte(nt) votre rapport médical lors de son envoi, afin de respecter la confidentialité du dossier ?
- 6- Lorsque vous avez décidé de mettre en place une « procédure étranger malade », combien de temps s'écoule-t-il entre la prise de connaissance du dossier et l'envoi de votre rapport ?
- 7- Est-ce que vous ou le patient faites appel à un autre service ou à une autre personne pour la mise en place de cette procédure ?

E. J'aimerais parler de vos relations avec le médecin de l'ARS et le Préfet :

- 1- Quelles pièces complémentaires fournissez-vous au MARS ou au Préfet, dans le cadre de la procédure étranger malade ?
- 2- Si vous subissez des pressions extérieures lors d'une procédure « étranger malade » ?
 - Par qui ?
 - Pourquoi ?
- 3- Par quels moyens êtes-vous tenu au courant de la décision du MARS et/ou du Préfet ?

F. Pour conclure :

- 1- Quelles informations concernant la procédure étranger malade aimeriez-vous avoir afin de vous aider ?

Je vous remercie d'avoir participé à ma thèse, souhaitez-vous que je vous communique les résultats de mon étude ?

Si oui, quelle est votre adresse mail ?

Au revoir. Bonne fin de journée.

Annexe 6 : Les données quantitatives des entretiens semi-dirigés de l'étude

Statut au sein de l'unité sanitaire	Responsable de l'unité sanitaire	Formation	Durée d'exercice en détention
Praticien hospitalier	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - Capacité de médecine pénitentiaire - Anti-biologie - DIU VIH-sida - DU santé publique - DU ophtalmologie - DESC addictologie 	20 ans
Praticien hospitalier	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - Médecine d'urgence - DU médecine santé publique en milieu pénitentiaire 	10 ans
Praticien hospitalier	Oui du 1/12/11 au 1/12/14	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine d'urgence - Médecine légale 	3 ans
Praticien hospitalier	Non	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - DU santé publique en milieu pénitentiaire - DU d'urgences pédiatriques 	Depuis le 1 ^{er} décembre 2010
Praticien attaché	Non	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine aéronautique - Médecine pénitentiaire - Médecin urgentiste - Médecine générale 	Depuis 2001
Praticien hospitalier contractuel	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - DESC médecine légale 	3 ans et demi
Praticien hospitalier	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Stomatologue 	Depuis 2004
Praticien hospitalier	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - Capacité de médecine pénitentiaire - Urgentiste (CAMU) - Capacité addictologie 	Depuis 1996
Praticien hospitalier	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin de santé publique - DESC médecine légale 	Depuis 1995
Praticien attaché	non	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale - SMUR - Médecine isolée sur un bateau - DU médecine tropicale - DU de santé publique en milieu pénitentiaire 	Depuis 3 ans (début de la 4 ^{ème} année)
Praticien hospitalier	oui	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin urgentiste - Diplôme de radiologie - Médecine légale - Médecine de catastrophe 	Depuis 1997

Annexe 7 : Circulaire n° DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile



Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de la santé
Sous direction Santé et Société
Bureau Lutte contre le VIH et les IST

Personne chargée du dossier :
Catherine Chardin – Tél : 01 40 56 40 36
Télécopie : 01 40 56 40 44
E-mail : catherine.chardin@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
départements
Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales
Directions de la santé et du développement social
(pour exécution)

**A l'attention des médecins inspecteurs de
santé publique**

CIRCULAIRE N°DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L 313-11 11° du Co de de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0530390C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Protection sanitaire

Résumé : Les avis médicaux concernant les étrangers porteurs d'une infection par le VIH doivent prendre en compte les difficultés avérées dans l'ensemble des pays en développement pour l'accès effectif à la prise en charge médicale globale nécessaire : accès aux traitements VIH, au suivi biologique – notamment surveillance immunologique et virologique –, au suivi clinique...
Mots-clés : étrangers séropositifs VIH + - avis médicaux – difficultés d'accès aux antirétroviraux - suivi biologique – prise en charge médicale globale
Textes de référence : article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
Textes abrogés ou modifiés : néant
Annexes : néant

Les réponses données aux demandes émises en application de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (ex article 12bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945) concernant les étrangers porteurs d'une infection par le VIH ont pu faire parfois l'objet d'avis discordants selon les départements, en raison de divergences d'appréciation quant à la possibilité d'accès effectif à la prise en charge médicale nécessaire dans les pays d'origine.

La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements, avec des critères d'éligibilité stricts. **Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH.**

A titre indicatif, les données récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Onusida confirment que l'accès aux traitements pour le VIH couvrait en 2004 :

- 8 % des besoins estimés urgents en Afrique sub-saharienne
- 65 % des besoins estimés urgents en Amérique Latine
- 7 % des besoins estimés urgents en Afrique du Nord et Moyen Orient

En ce qui concerne les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas une mise sous traitement immédiate, la situation est similaire, puisqu'une surveillance biologique (immuno virologique en particulier) régulière est nécessaire pour déterminer le moment où la mise sous traitement sera nécessaire et que les pays concernés ne disposent pas d'infrastructure pour ce suivi.

La question de l'évolution éventuelle ultérieure des possibilités d'accès effectif aux traitements sera régulièrement inscrite à l'ordre du jour des rencontres des chargés du dossier sida des DRASS et DDASS organisée par la DGS. Des éléments d'information sont par ailleurs consultables sur le site intranet du ministère. Il est également possible de se rapprocher du GIP Esther (38 rue de Charenton – 75012 Paris – Tél : 01 56 17 51 58 / 01 53 17 51 61 / 01 53 17 51 63 – Fax : 01 53 17 51 57 – Site : www.esther.fr).

L'avis concernant ces dossiers devra être émis dans les délais les plus rapides possibles afin d'éviter que des délais d'instruction trop longs ne compromettent la prise en charge globale, sociale et médicale, indispensable au suivi des personnes séropositives pour le VIH.

Pour le ministre et par délégation
Le Directeur général de la santé

Professeur Didier HOUSSIN

Annexe 8 : Instruction n°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
 Sous-direction promotion de la santé
 et prévention des maladies chroniques -MC1
 Personnes chargées du dossier :
 Dr Christine Barbier
 tél. : 01 40 56 47 40
 mél. : christine.barbier@sante.gouv.fr
 Pierre Glaume
 tél. : 01 40 56 56 39
 mél. : pierre.glaume@sante.gouv.fr
 Sous-direction prévention des risques infectieux - RI2
 Personne chargée du dossier :
 Catherine Chardin
 tél. : 01 40 56 40 36
 mél. : catherine.chardin@sante.gouv.fr

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé
 La Secrétaire d'Etat chargée de la Santé
 à
 Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
 des agences régionales de santé

(pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

Date d'application : immédiate
 NOR : ETSP1130172J
 Classement thématique : Protection sanitaire

Validée par le CNP le 4 novembre 2011 – Visa CNP 2011-276

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : Recommandations pour l'organisation des services dans le respect du secret médical pour l'application des articles L.313-11 11°, L.511-4 10°, L.521-3 5° et L.523-4 modifiés par les articles 26, 40 et 70 de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.

Mots-clés : étrangers malades – avis médicaux – secret médical – continuité des soins

Textes de référence : articles L.313-11 11°, L.511-4 10°, L.521-3 5°, L.523-4 et R.313-22 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA). Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R.313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé.

Texte abrogé : instruction DGS/MC1/RI2/2010/297 – visa CNP 2010 173 du 29 juillet 2010.

Annexes :

- annexe I : note technique relative aux questions de secret professionnel et de secret médical
- annexe II : outils d'aide à la décision pour les médecins en charge des dossiers
- annexe III : circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant des étrangers atteints par le VIH
- annexe IV : fiches de procédures
- annexe V : prise en charge financière des consultations médicales

Diffusion : directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)

L'article 26 de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a modifié l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) relatif à la délivrance d'une carte de séjour « vie privée et familiale » à l'étranger gravement malade. Les articles 40 et 70 de cette loi ont, quant à eux, modifié les dispositions relatives à la protection de certaines catégories de personnes étrangères (dont les étrangers malades atteints de pathologies graves), sous certaines conditions, contre les mesures d'obligation de quitter le territoire français ou de reconduite à la frontière (art. L.511-4 10° du CESEDA) et d'expulsion (art. L.521-3 5°). Le décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 modifiant l'article R.313-22 du CESEDA et l'arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé constituent les dispositions réglementaires encadrant ce dispositif.

Ces modifications nécessitent d'actualiser les recommandations à prendre en considération au sein de vos services pour traiter les dossiers concernant des étrangers malades, de manière à en assurer une instruction rapide, harmonisée et équitable sur l'ensemble du territoire.

I - Nature de l'évolution législative

Les éléments soulignés ci-après sont les éléments nouveaux introduits par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

Article L.313-11 - Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...]

11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'agence régionale de santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 511-4 10° - Ne peuvent faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français ou d'une mesure de reconduite à la frontière en application du présent chapitre : [...]

10° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.

Article L.521-3 5° - Ne peuvent faire l'objet d'une mesure d'expulsion qu'en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'Etat, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes :

[...]

5° l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.

II - Des principes inchangés

Les principes généraux posés par la loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile demeurent valables, notamment :

- permettre à l'étranger malade atteint d'une ou de plusieurs pathologies graves de bénéficier, de plein droit, d'une carte de séjour temporaire en France si un retour au pays d'origine peut entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité,
- assurer l'instruction du dossier en garantissant le respect du secret médical.

La présente instruction a pour objet de vous rappeler les principes essentiels relatifs notamment à la préservation du secret médical et au rôle du médecin agréé ou du médecin praticien hospitalier, ainsi que du médecin et du directeur général de l'ARS dans le traitement des dossiers concernant les étrangers atteints d'une ou de pathologies graves, et de préciser les éléments d'appréciation des situations en termes de santé publique.

III - Dispositions nouvelles

Modifications législatives

Les dispositions nouvelles introduites par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011, modifiant l'article L.313-11 11° du CESEDA, sont les suivantes :

1- l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont l'étranger malade est originaire

En référence à l'intention du législateur exprimée dans le cadre des travaux préparatoires à l'adoption de la loi du 16 juin 2011, affirmant son souci de préserver l'esprit de la loi de 1998, l'absence d'un traitement approprié est à interpréter de la manière suivante : celle-ci est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé.

Les éléments à prendre en considération sont les suivants :

- le traitement s'entend comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi et de bilan),
- le traitement approprié doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou co-morbidité),
- le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause. Si le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier dispose

d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au médecin de l'agence régionale de santé avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier.

Je vous rappelle qu'il est à considérer que *« dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH »*. (cf. circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 actualisée par la circulaire DGS/RI2/383 du 23 octobre 2007).

2- la circonstance humanitaire exceptionnelle

L'article L.313-11 11° modifié du CESEDA précise que le préfet peut prendre en considération, après avis du directeur général de l'ARS, des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de le conduire à accorder le droit au séjour, même si la condition d'absence du traitement dans le pays d'origine n'est pas remplie.

Le directeur général de l'ARS peut être éclairé sur ce point par des éléments fournis par le médecin de l'ARS, parallèlement à l'avis que ce dernier transmet au préfet.

Les modalités de mise en œuvre de la notion de circonstance humanitaire exceptionnelle seront précisées dans une circulaire ultérieure.

IV - Rôle du médecin de l'ARS et respect du secret médical

Le médecin de l'ARS est le garant de la régularité de la procédure et en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels figure le droit au respect du secret médical (cf. annexe I).

Rapport médical établi par le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier

Dès réception du rapport médical établi par le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier, le secrétariat du médecin de l'ARS (ou du médecin de la préfecture de police de Paris) en avise la préfecture (cf. annexe IV fiches n° 1 et 1 bis). Cette attestation est indispensable pour permettre la prolongation ou le renouvellement du récépissé de demande de titre de séjour si l'avis du médecin de l'ARS ne peut être émis dans le délai de 3 mois.

Le médecin de l'ARS s'assurera que :

- le rapport médical est établi par un médecin praticien hospitalier ou un médecin agréé figurant sur la liste arrêtée par le préfet ;
- le rapport médical apporte une réponse précise aux questions posées.

Si les renseignements sont insuffisants, il invite le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier à lui fournir les précisions nécessaires (cf. annexe IV fiches n° 2 et 2 bis).

Les conditions de prise en charge financière des consultations médicales sont précisées en annexe V.

Avis du médecin de l'ARS

Le médecin de l'ARS rend son avis dans le respect des articles R.4127-47, 50 et 95 du code de la santé publique¹. Les modalités de transmission des informations médicales au médecin

¹ Code de déontologie médicale, Art. 47 : *« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée »* - Art. 50 : *« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables »* - Art. 95 : *« Le fait pour un médecin d'être lié*

de l'ARS doivent être de nature à assurer leur stricte confidentialité (rapport médical sous pli confidentiel, transmis par l'intéressé lui-même ou par le médecin qui l'a établi).

L'avis rendu par le médecin de l'ARS ne doit comporter aucune information qui puisse être de nature à divulguer à l'autorité administrative des données couvertes par le secret médical.

Compte tenu du rapport médical établi par le médecin praticien hospitalier ou par le médecin agréé, l'avis du médecin de l'ARS considère en premier lieu les questions suivantes, sans aucune indication relative à la nature de la pathologie ou du traitement : en répondant aux questions du formulaire figurant en annexe IV (cf. fiches n° 3 et 3 bis) de la présente instruction.

- l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ?
- le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ?
- existe-t-il, dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge? (cf. § III.1 supra)

L'avis du MARS sur l'existence d'un traitement approprié à la situation de la personne s'appuie sur tout élément d'information, dont les éventuelles mentions fournies par le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier, parallèlement à son rapport médical. L'annexe II liste divers outils d'aide à la décision.

Dans le cas où un traitement approprié existe dans le pays d'origine, le médecin de l'ARS peut, s'il dispose d'éléments dans le dossier du demandeur, indiquer si l'état de santé de l'étranger lui permet de voyager sans risque vers son pays d'origine.

Dans le cas où l'avis conclut à l'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, le médecin de l'ARS peut, s'il dispose d'éléments en la matière, indiquer, parallèlement à l'avis qu'il fournit au préfet, au directeur général de l'ARS, s'il existe une ou plusieurs circonstances humanitaires exceptionnelles à prendre en compte.

Si des circonstances humanitaires exceptionnelles lui paraissent devoir être prises en compte, le directeur général de l'ARS fournit tout élément de fait nécessaire à l'autorité administrative pour apprécier la situation du demandeur.

Dans tous les cas, il est nécessaire de rappeler à l'ensemble des intervenants que les transmissions effectuées doivent garantir la préservation de la confidentialité des données concernant l'étranger demandeur. Tout intervenant dans la procédure est tenu à une obligation de secret professionnel (y compris le secret médical) et/ou à une obligation de réserve par son état ou sa profession.

A Paris, l'avis sera émis par le médecin chef du service médical de la préfecture de police, selon une procédure identique et garantissant le secret médical.

dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Situations particulières

Dans les situations particulières des personnes incarcérées ou placées en centre de rétention administrative, il convient de veiller à la coordination des différents services concernés (services médicaux des UCSA et des CRA, services préfectoraux, ...) permettant la qualité et la rapidité des interventions. Dans ces cas, il appartient au médecin de l'UCSA ou du CRA d'établir le rapport médical destiné au médecin de l'ARS. S'agissant des CRA, l'ARS compétente est celle du lieu d'implantation du centre et non celle du lieu de résidence de la personne.

Conservation des documents

Le médecin de l'ARS conservera l'ensemble des documents relatifs à l'état de santé de l'intéressé, afin de préserver le secret médical et de permettre leur disponibilité en cas de recours gracieux ou contentieux formé contre la décision du préfet.

- Rôle du directeur général de l'ARS

Recommandations pour l'organisation

La formalisation des procédures internes de l'organisation des services médicaux de l'ARS ne peut que contribuer à faciliter l'instruction des demandes. Dans ce domaine, quelques recommandations peuvent être formulées :

- identifier clairement les médecins chargés d'émettre les avis médicaux et leur service de rattachement et reconnaître cette activité dans la fiche de poste des médecins qui en auront la charge et identifier clairement le temps consacré et les moyens humains affectés (dont le secrétariat) ;
- assurer la continuité de la réponse, y compris en périodes de congés, et pour répondre aux urgences ;
- harmoniser les pratiques pour permettre une cohérence des réponses en favorisant une démarche collégiale régionale ;
- veiller au respect de la confidentialité et de l'intégrité du secret médical sur l'ensemble de la procédure, ainsi qu'à l'indépendance des médecins dans la rédaction de leurs avis ;
- veiller à la sécurisation matérielle au sein de l'ARS des dossiers relatifs aux demandes durant toute la période d'instruction.

Enfin, la rencontre régulière avec les services préfectoraux concernés est importante pour relayer la préoccupation autour des enjeux de santé, invitant à une instruction rapide et rigoureuse des dossiers de demande de titre de séjour ou de protection contre l'éloignement, concernant des étrangers atteints de pathologies graves.

Transmission des avis du MARS au préfet

L'avis du médecin de l'ARS est transmis au préfet sous couvert du directeur général de l'agence régionale de santé.

Avis sur les circonstances exceptionnelles

S'il estime qu'il y a lieu de prendre en compte des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de fonder une décision d'admission au séjour, le directeur général de l'ARS transmet au préfet un avis complémentaire motivé.

Par ailleurs, dès lors que l'intéressé porterait à la connaissance du préfet des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de fonder une décision d'admission au séjour, le préfet saisit pour avis le directeur général de l'agence régionale de santé, qui lui communique son avis motivé dans un délai d'un mois.

Dans ces deux cas, le directeur général de l'ARS, préalablement à l'émission de son avis, peut recueillir toutes informations utiles auprès de ses services, notamment auprès du MARS qui a émis l'avis médical.

VI- Bilan annuel de la procédure

Chaque année, au plus tard le 1er mars, un bilan relatif à l'année précédente sera adressé par les médecins de l'ARS ou par le médecin chef du service médical de la préfecture de police de Paris, à la direction générale de la santé. Il fera état des demandes de délivrance de la carte de séjour temporaire en application de l'article L.313-11- 11° et des oppositions à l'éloignement en application des articles L.511-4 10°, L.521-3 5° et L.523-4. Ce bilan sera établi selon le cadre fixé au niveau national.

Je vous remercie de me faire connaître sous le présent timbre les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans le cadre de la mise en œuvre de cette instruction.

Le Directeur général de la santé

signé

Dr. Jean-Yves GRALL

Annexe 9 : Instruction interministérielle N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé



Ministère de l'intérieur
Direction générale des étrangers en France

Ministère des affaires sociales et de la santé
Direction générale de la santé

Instruction interministérielle N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé, à l'attention de Madame et Messieurs les préfets de région, Mesdames et Messieurs les préfets de département, Monsieur le préfet de police et de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

NOR : AFSP1405025J

Classement thématique : Santé publique

Validée par le CNP, le 7 mars 2014 – Visa CNP 2014-37

Textes de référence

- ♦ Dispositions du 11° de l'article L. 313-11 et des articles R. 313-1, R. 313-4 et R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) ;
- ♦ Instruction DGS/MC1/R12/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologie graves.

Saisies par les ministres de l'intérieur et des affaires sociales et de la santé, l'IGA et l'IGAS ont conduit une mission d'évaluation du fonctionnement du dispositif de délivrance des titres de séjour aux étrangers pour raisons de santé. Dans son rapport rendu en mars 2013, cette mission formule un certain nombre de recommandations qui, pour certaines, ne requièrent pas de changement dans l'état du droit mais de simples ajustements dans la procédure suivie. Elle a notamment relevé la nécessité d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire en vue d'assurer aux usagers l'égalité de traitement, de rappeler les procédures en vigueur, de renforcer l'information des médecins des agences régionales de santé en mettant notamment à leur disposition des informations sur l'offre de soins disponible dans les pays sources, de remédier à certains dysfonctionnements et de lutter efficacement contre la fraude.

1. Le dépôt de la demande

1.1. Le passeport en cours de validité

Il résulte des dispositions de l'article R. 313-2 du CESEDA que les étrangers sollicitant un titre de séjour en raison de leur état de santé ne sont pas soumis aux dispositions du 2° de l'article R. 313-1 qui imposent à l'étranger de présenter à l'appui de sa demande les documents justifiant qu'il est entré régulièrement en France (CE, 30 novembre 2011, n° 351584, M. D). Vous n'exigerez pas, en conséquence, des étrangers qui sollicitent une carte de séjour sur le fondement des dispositions du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA la production lors du dépôt de leur demande des pages de leur passeport permettant de s'assurer de leur entrée régulière. De même, vous ne conditionnerez pas la délivrance du titre de séjour à la production de cette pièce.

Toutefois, afin de permettre au médecin de l'agence régionale de santé (MARS) de déterminer s'il existe un traitement approprié à la pathologie du demandeur dans le pays dont il est originaire et le cas échéant dans le pays vers lequel il serait légalement admissible et aux agents des préfectures de saisir dans l'application « AGDREF » la nationalité de l'intéressé en vue de l'établissement, le cas échéant, d'un titre de séjour, le demandeur doit justifier de sa nationalité par tout moyen (CAA de Nantes, 20 février 2009, n° 08NT01829, préfet de Maine-et-Loire c/ Mme A).

1.2. Le certificat médical

Les agents des services préfectoraux ne peuvent, à aucune phase de la procédure d'instruction des demandes de titres formées sur le fondement du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, exiger des intéressés la production de certificats médicaux, y compris les certificats médicaux dits non-circonstanciés, qui sont de nature à fournir des indications sur l'état de santé du demandeur. Par ailleurs, il est rappelé que les dispositions de l'article R. 313-4 du CESEDA ne soumettent pas l'étranger qui sollicite un titre de séjour pour raisons de santé à l'obligation de produire le certificat médical prévu au 4° de l'article R. 313-1 du même code.

1.3. Le récépissé

Les récépissés de dépôt des demandes de titres de séjour, y compris pour celles formées sur le fondement du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, tant en première demande qu'en renouvellement, sont délivrés dans les conditions précisées dans la circulaire du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration n° NOR IOCL1200311C du 5 janvier 2012.

1.4. Les pièces exigibles et la qualité de l'accueil

Il convient de vous conformer à la liste nationale des pièces exigibles qui a été diffusée par la circulaire de la direction de l'immigration du 21 janvier 2014 ainsi que de veiller, par les modalités rappelées par la circulaire et la directive nationale d'organisation du 3 janvier 2014, à la qualité de l'accueil en préfecture des demandeurs.

1.5. La maîtrise des délais d'instruction

L'examen des dossiers doit être conduit dans le souci constant de réduction des délais d'instruction. Le MARS s'attachera ainsi à instruire les dossiers médicaux et à rendre son avis dans des délais qui ne sauraient en principe dépasser 30 jours à compter de la réception du rapport médical établi par le médecin agréé ou le praticien hospitalier, sous réserve des cas dans lesquels il demande des éléments complémentaires. A réception de l'avis du MARS, les services préfectoraux veilleront à statuer sur la demande de titre de séjour dans un délai de 30 jours.

2. Le secret médical

Le secret médical, institué dans l'intérêt des malades, constitue un des principes fondamentaux affirmés dans le code de la santé publique (article L. 1110-4). La nécessité du respect de ce secret est réaffirmée par le code de déontologie médicale. En application de ces différentes dispositions, les documents et informations à caractère médical (certificats et rapports médicaux, résultats d'analyses biologiques, comptes-rendus et bilans d'hospitalisation) établis dans le cadre de la procédure dite « étrangers malades » sont couverts par ce secret. Le MARS, tenu au secret professionnel, ne doit, en conséquence, délivrer au préfet aucune information couverte par le secret médical. En application de ce principe, les agents des services préfectoraux ne doivent ni pouvoir accéder à une information relative à l'état de santé de l'étranger, ni en faire état, sauf lorsque l'étranger a, de lui-même, uniquement dans le cadre d'une instruction contentieuse, livré des informations médicales le concernant.

Le MARS ou, à Paris, le médecin-chef du service médical de la préfecture de police, est tenu de donner son avis au préfet dans le respect des formes prévues par les textes en vigueur en renseignant les fiches 3 et 3bis de l'instruction DGS susvisée. Toutefois, il est rappelé que l'avis du MARS ou du médecin, chef du service médical de la préfecture de police, ne lie pas le préfet.

3. La condition de la résidence habituelle et la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour

La délivrance d'une carte de séjour temporaire sur le fondement du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA est subordonnée à la condition de la résidence habituelle en France du demandeur, condition dont le respect est vérifié préalablement à toute instruction du dossier sur le plan médical. Pour qu'elle puisse être

caractérisée d'habituelle, cette résidence doit, selon la jurisprudence, avoir une durée au moins égale à un an (CAA Lyon, 4 octobre 2012, n° 12LY00527, Mme F.) et doit être appréciée avec discernement.

Lorsque cette condition de résidence habituelle n'est pas remplie, il vous appartient d'enregistrer la demande d'admission au séjour et d'examiner si, compte tenu de son état de santé, l'étranger peut être muni d'une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement en application du dernier alinéa de l'article R. 313-22 du CESEDA. Toutefois, il vous est rappelé que la situation des demandeurs d'asile placés en procédure « Dublin » doit exclusivement être appréciée au regard des règles définies par le règlement UE n°604/2013 du 26 juin 2013 (avec mise en œuvre, le cas échéant, de la clause humanitaire et examen par la France de la demande d'asile).

4. La définition des conséquences d'une exceptionnelle gravité

Le MARS ou, à Paris, le médecin-chef du service médical de la préfecture de police doit apprécier, pour chaque cas individuel, les conséquences sur l'état de santé de l'étranger d'un défaut de prise en charge de la pathologie concernée en s'appuyant sur les informations disponibles (recommandations de la Haute autorité de santé, conférences de consensus de l'Inserm, référentiels établis par les sociétés savantes etc.). Pour cela, il doit déterminer si ces conséquences ont un caractère exceptionnellement grave en combinant les trois facteurs suivants : degré de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences.

Cette définition s'inspire de la notion d'exceptionnelle gravité retenue par le Conseil national du sida. Le Conseil national du sida (CNS), dans sa « note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers » publiée le 26 février 2004, avait proposé la définition suivante de cette notion : *« Les « conséquences d'une exceptionnelle gravité » doivent être appréciées aussi bien au regard de la santé publique que de la personne elle-même. La référence à cette notion implique que pour chaque demandeur soient examinés non seulement le pronostic vital mais aussi l'existence d'une atteinte grave à une fonction importante. Le principe doit être celui d'un examen individuel de la demande. Dans chaque cas, sont évaluées la gravité de la pathologie et les conséquences, immédiates et à plus long terme, d'un défaut de traitement ».*

En l'état actuel de son interprétation jurisprudentielle, la condition d'exceptionnelle gravité des conséquences d'un défaut de prise en charge médicale au sens du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante.

Lorsque les conséquences exceptionnellement graves ne sont susceptibles de survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), vous pourrez fonder votre appréciation en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation doit bien évidemment être effectuée en tenant compte des soins dont il peut bénéficier dans son pays d'origine.

5. Une information renforcée sur l'offre de soins

La direction générale de la santé mettra en ligne, à destination des MARS, une liste de « dossiers-pays » établie par elle. Ces dossiers renvoient à des sites répertoriant des données relatives à l'offre de soins dans les pays d'origine ou de renvoi des demandeurs.

Ainsi qu'il a été indiqué dans la circulaire de la DGS du 10 novembre 2011 susvisée, à laquelle il convient de se référer sur ce point, l'offre de soins dans le pays d'origine ou de renvoi doit être appréciée, notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause.

6. La démarche collégiale

Afin d'harmoniser les pratiques entre les médecins, d'élaborer des doctrines partagées et d'analyser plus particulièrement les dossiers complexes, les démarches collégiales sont à encourager. Cette approche collégiale doit vous permettre d'arriver, au niveau national, à une meilleure homogénéité des avis rendus. Les modalités d'un travail collégial sont à déterminer au niveau local dans le respect de l'autonomie de chaque ARS : réunions d'échanges et de travail sur les outils, étude de dossiers en commun, développement des téléconférences etc.

7. La lutte contre les fraudes

Compte tenu de l'existence de fraudes ayant pu conduire à des poursuites judiciaires, il convient que vous renforciez la vigilance dans l'examen des pièces produites à l'appui de chaque dossier.

L'efficacité de la lutte contre la fraude constitue une priorité de l'action de nos deux ministères : elle nécessite une coopération interservices, entre préfectures et ARS, qui doit être systématiquement recherchée afin de mettre à jour les risques de fraude dans la procédure suivie et les moyens de la sanctionner, en signalant les situations litigieuses aux autorités compétentes (procureur de la République et/ou juridiction ordinaire).

Ainsi, pour éviter la fraude à l'identité et comme cela se pratique dans certaines préfectures, il peut être remis à tout demandeur de titre de séjour pour raisons de santé, au dépôt de la demande, un document muni de sa photo et des indications relatives à son état civil qu'il doit remettre au médecin agréé ou praticien hospitalier de son choix, chargé d'établir le rapport médical. Ce document devra être joint par le médecin agréé ou le praticien hospitalier au rapport médical dans l'enveloppe transmise sous pli confidentiel au médecin de l'ARS sans y faire figurer aucune mention de nature médicale. Ce dernier, à son tour, le joindra à l'avis transmis au préfet qui pourra ainsi s'assurer de ce que le demandeur qui s'est présenté au guichet de la préfecture correspond à la même personne que l'étranger qui a fait l'objet du rapport médical qui lui a été adressé. L'absence de ce document ne saurait toutefois constituer à elle seule une preuve de fraude.

S'agissant des aspects médicaux, il est rappelé que les MARS ont accès à des informations utiles dans une rubrique de l'Intranet du ministère chargé de la santé¹.

8. Le renouvellement de l'inscription sur la liste des médecins agréés

L'actualisation triennale de la liste départementale des médecins agréés, prévue à l'article 2 de l'arrêté du 9 novembre 2011, doit être l'occasion de rappeler aux médecins dont l'agrément est renouvelé (ou qui figurent pour la première fois sur cette liste) les bonnes pratiques en matière d'honoraires (cf. annexe V de l'instruction du 10 novembre 2011) et de précision dans le contenu attendu pour le rapport médical transmis au MARS. Les préfets peuvent retirer de cette liste, dans le respect de la procédure fixée par l'arrêté précité, les noms des médecins dont le comportement contraire aux règles fixées par le code de déontologie médicale aura été établi, le cas échéant après signalement par les agences régionales de santé, les conseils départementaux de l'ordre des médecins ou les caisses primaires d'assurance maladie, ou dans le cadre d'enquêtes judiciaires.

Enfin, afin d'assurer la meilleure coordination possible dans la gestion de ce dispositif d'admission au séjour des étrangers malades, il est indispensable d'organiser une rencontre annuelle entre les services concernés des préfectures et des ARS pour évaluer les pratiques et dresser un bilan de son fonctionnement.

¹ « Droit au séjour pour soins – Questions les plus fréquemment posées par les médecins des ARS - V- QUE FAIRE EN CAS D'EVENTUALITE DE FRAUDE ? V.1. De quoi parle-t-on quand on parle de fraude ? V.2- Qui est compétent ? » (Voir Santé(DGS)/Santé des populations/IV. Personnes étrangères/migrantes ou abécédaire aux lettres E pour « étrangers/migrants », ou M pour « Migrants/étrangers » ou S pour « santé des migrants/étrangers »).

Les services de la direction générale des étrangers en France et de la direction générale de la santé sont à votre entière disposition pour tout renseignement et pour déterminer avec vous les modalités d'amélioration pertinentes.

Pour le ministre de l'intérieur,

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé,

Le directeur général des étrangers en France

Le directeur général de la santé

signé

signé

Luc Derepas

Pr. Benoît Vallet

Annexe 10: Proposition d'un rapport médical type à destination du MARS ^[44]

Cher confrère,

L'état de santé de

M/Mme

Né/e le à,

de nationalité.....

domicilié/e,

nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

M/Mme.....

* souffre de la(les) pathologie(s) et des complications suivante(s) : (préciser la nature de(s) l'affection(s), les circonstances du diagnostic, les complications, les facteurs de risques associés)

.....

.....

.....

.....

* depuis

* la prise en charge médicale consiste en :

- un traitement médicamenteux : molécule, posologie ...

- une surveillance : x clinique : type, fréquence, soignant, structure...

x biologique : détail des éléments biologiques surveillés, fréquence...

x radiologique... : détails de la surveillance, fréquence...

* Cette prise en charge est nécessaire pour une durée prévisible de (préciser en fonction du type de traitement ou de surveillance)

* Les perspectives d'évolution en l'absence de prise en charge sont :

.....

.....

* Les informations dont j'ai connaissance concernant l'accès et/ou la disponibilité au traitement dans le pays d'origine sont :

.....

.....

* Les informations dont j'ai connaissance pouvant constituer une circonstance humanitaire exceptionnelle sont :

.....
.....
.....

* Ci-joint, les examens complémentaires pertinents

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce(tte) patient(e). Bien confraternellement.

Tampon du praticien hospitalier

Fait à Le

Rapport médical envoyé sous pli confidentiel au Médecin de l'ARS avec l'accord de l'intéressé

Duplicata remis en mains propres à l'intéressé

Annexe 11 : Classification des pays selon l'indice de développement humain, en 2014. Rapport sur le développement humain 2014

L'IDH est calculé par le PNUD (programme des Nations Unies pour le développement) et prend en compte l'espérance de vie, la durée de scolarisation et le niveau de revenu.



IDH TRES ELEVE	IDH ELEVE	IDH MOYEN	IDH FAIBLE
Norvège	Uruguay	Maldives	Népal
Australie	Bahamas	Mongolie	Pakistan
Suisse	Monténégro	Turkménistan	Kenya
Pays-Bas	Biélorussie	Samoa	Swaziland
Etats-Unis	Roumanie	Palestine	Angola
Allemagne	Lybie	Indonésie	Birmanie
Nouvelle-Zélande	Oman	Botswana	Rwanda
Canada	Russie	Egypte	Cameroun
Singapour	Bulgarie	Paraguay	Nigeria
Danemark	Barbade	Gabon	Yémen
Irlande	Palaos	Bolivie	Madagascar
Suède	Antigua-et-Barbuda	Moldavie	Zimbabwe
Islande	Malaisie	Salvador	Papouasie Nouvelle-Guinée
Grande Bretagne	Île Maurice	Ouzbékistan	Salomon
Hong-Kong	Trinité-et-Tobago	Philippines	Comores
République de Corée	Liban	Afrique du Sud	Tanzanie
Japon	Panama	Syrie	Mauritanie
Liechtenstein	Venezuela	Irak	Lesotho
Israël	Turquie	Guyane	Sénégal
France	Kazakhstan	Vietnam	Uganda
Autriche	Mexique	Cap-Vert	Benin
Belgique	Seychelles	Micronésie	Soudan
Luxembourg	Saint-Christophe-et-Niévès	Guatemala	Togo
Finlande	Sri-lanka	Kirghizistan	Haiti
Slovénie	Iran	Namibie	Afghanistan
Italie	Azerbaïdjan	Timor Oriental	Djibouti
Espagne	Jordanie	Honduras	Côte d'Ivoire
République Tchèque	Serbie	Maroc	Gambie
Grèce	Brésil	Vanuatu	Ethiopie
Brunei	Géorgie	Nicaragua	Malawi
Qatar	Grenade	Kiribati	Liberia
Chypre	Pérou	Tadjikistan	Mali
Estonie	Ukraine	Inde	Guinée-Bissau
Arabie Saoudite	Belize	Bhoutan	Mozambique
Lituanie	Macédoine	Cambodge	Guinée
Pologne	Bosnie-Herzégovine	Ghana	Burundi
Andorre	Arménie	Laos	Burkina-Faso
Slovaquie	Fidji	Congo	Erythrée
Malte	Thaïlande	Zambie	Sierra-Léone
Emirats Arabes Unies	Tunisie	Bengladesh	Tchad
Chili	Chine	Sao Tomé-et-Principe	République Centre Afrique
Portugal	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Guinée Equatoriale	République Démocratique du Congo
Hongrie	Algérie		Niger
Bahrein	Dominique		
Cuba	Albanie		
Koweït	Jamaïque		
Croatie	Sainte-Lucie		
Lettonie	Colombie		
Argentine	Equateur		
	Suriname		
	Tonga		
	République Dominicaine		

BIBLIOGRAPHIE

REVUES ET PERIODIQUES

1. Almasio PL, Babudieri S, Barbarini G, Brunetto M, Conte D, Dentico P, Gaeta GB, Leonardi C, Levrero M, Mazzotta F, Morrone A, Nosotti L, Prati D, Rapicetta M, Sagnelli E, Scotto G, Starnini G (2011) Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates). *Digestive and Liver Disease*, 43, 589-595.
2. Castañeda H (2009) Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68, 1552-1560.
3. Duguet AM, Bévière B (2011) Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. *European Journal of Health Law*, 18, 27-35.
4. Eziefula C, Brown M (2009) The health of recent migrants from resource-poor countries. *Medicine*, 38 (1) 60-65.
5. Norredam M, Mygind A, Krasnik A (2005) Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, 16 (3) 285-289.
6. Schoevers MA, Loeffen MJ, Van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen ALM (2010) Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *International Journal of Public Health*, 55, 421-428.
7. Siddiqi A, Zuberi D, Nguyen QC (2009) The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care : comparing the United States to Canada. *Social Science & Medicine*, 69, 1452–1459.
8. Sommers BD (2013) Stuck between health and immigration reform. Care for undocumented immigrants. *The New England Journal of Medicine*, 369, 593-595.
9. Torres AM, Sanz B (2000) Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 478-479.
10. Vaillant N, Wolff FC (2010) Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. *Public Health*, 124, 90-98.
11. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, Ortega AN (2012) Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants : the role of documentation status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 146-155.
12. La Ruche G, Brunet B (2005) Autorisation de séjour pour soins des malades étrangers en France : enquête sur les avis des médecins inspecteurs de santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53, 635-644.

AUTRES DOCUMENTS

13. Bülent K (2002) Une Europe en évolution : les flux migratoires au 20^e siècle. Edition du Conseil de l'Europe.

14. Desesquelles A (2002) Institut National d'Études Démographiques et le groupe de projet HID-prisons. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur, n° 854.
15. Les documents de travail du Sénat (2003) Série législation comparée. La double peine.
16. Etude sur les étrangers détenus-Propositions (2004) Commission nationale consultative des droits de l'homme.
17. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique), rapport final (2004) Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire).
18. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive (2005) Tendances, n° 41.
19. Mouquet MC (2015) La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et Résultats, Drees.
20. Barlet P (2006) « Soins en milieu carcéral et éthique », Éthique et Santé.
21. Les documents de travail du Sénat (2006) Série législation comparée. L'expulsion des étrangers en situation irrégulière.
22. Ethique sida et société (2006) Rapport d'activité du Conseil national du Sida. Tome VI 2004-2005.
23. La santé des primo migrants en 2006. ANAEM.
24. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C (2008) État de santé des populations immigrées en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
25. Direction de l'Administration Pénitentiaire (2008) Cahiers d'étude pénitentiaires et criminologiques. Etrangers incarcérés, n° 25.
26. Le COMEDE. La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2008.
27. Direction de l'Administration Pénitentiaire (2009) Droits et devoirs de la personne détenue.
28. Figoni J, Antoine D, Che D (2011) Les cas de tuberculoses déclarés en France en 2009, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 22.
29. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) Ministère de la Justice et des Libertés, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et de la Vie Associative, Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire, Ministère

de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de la Solidarité et de la Cohésion Sociale.

30. Enquête PREVACAR (2011) volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Direction Générale de la Santé.
31. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (2012) Guide méthodologique.
32. Direction de l'Administration Pénitentiaire (2012) Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Missions : prévenir la récidive.
33. Le travail d'intérêt général (2013) Guide pratique à l'usage des structures d'accueil.
34. Guide du demandeur d'asile (2013).
35. Centres et locaux de rétention administrative. Rapport 2014.
36. Rapport de recommandations 2014 : prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
37. CRIPS (2014) : situation du VIH en France, n°11.
38. Brutel C (2014) Les immigrés récemment arrivés en France : une immigration de plus en plus européenne. INSEE Première, n° 154.
39. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2015.
40. Fiche thématique du CISS n° 20 (2015) L'accès aux soins pour les étrangers en situation administrative précaire.
41. Tavan C (2005) Les immigrés en France : une situation qui évolue. Cellule Statistiques et études sur l'immigration, Insee, n° 1042.
42. Daguet F, Thave S (1996) La population immigrée. Le résultat d'une longue histoire. Département de la démographie, Insee, n° 458.
43. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Etude sur les étrangers détenus. Propositions adoptées par l'Assemblée plénière du 18 novembre 2004.
44. La CIMADE. Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement (2013) Guide pratique pour les professionnels.
45. Secrétariat général (2013) Mesurer la récidive : contribution à la conférence de consensus de prévention de la récidive.
46. La CIMADE. Synthèse, Migrations : état des lieux 2014.

47. Suicide : état des lieux des connaissances, et perspectives de recherche (2014) Observatoire national du suicide, 1^{er} rapport.
48. Observatoire du droit à la santé des étrangers. Droit au séjour pour raison médicale : le Conseil d'État réaffirme la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.

CODES, ARTICLES ET DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN EN VIGUEUR (sur Legifrance.gouv.fr)

49. Le Code d'Action Sociale et des Familles.
50. Le Code de Déontologie médicale.
51. Le Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile.
52. Le Code Pénal.
53. Le Code de Procédure Pénale.
54. Le Code de la Santé Publique.
55. Le Code de la Sécurité Sociale.
56. Le règlement intérieur type des établissements pénitentiaires. Article Annexe à l'article R57-6-18 du Code de Procédure Pénale.
57. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

RAPPORTS et AVIS

58. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000.
59. Rapport du Sénat n° 449 de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, remis le 29 juin 2000.
60. Hoerni B (2001) Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire.
61. Rapport du Sénat n° 300 session 2005-2006 de la commission d'enquête sur l'immigration clandestine, remis le 6 avril 2006.
62. Avis n° 94 du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2006) La santé et la médecine en prison.
63. Rapport du Secrétariat. Organisation Mondiale de la Santé. Conseil exécutif : Santé des migrants, 20 décembre 2007.
64. Rapport d'information du Sénat n° 516. Immigration - la gestion des centres de rétention administrative peut encore être améliorée, 3 juillet 2009.

65. Avis relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées, 30 juin 2010 NOR : CPLX1019707V.
66. Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé sur les demande de titres de séjour pour raison de santé. Bilan de l'année 2011.
67. Rapport au Parlement. Les orientations de la politique de l'immigration et de l'intégration. 8^e rapport, décembre 2011.
68. Rapport d'observation et d'activité. La santé des exilés. COMEDE, 2012.
69. Rapport au Parlement sur les données de l'année 2013. Les étrangers en France. 11^e rapport, 2013.
70. Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, mars 2013.
71. Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. NOR : CPLX1516614V.

LOIS ET PROJETS DE LOI

72. Loi du 29 octobre 1981 n° 81-973 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.
73. Loi du 18 janvier 1994 n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale. NOR : SPSX9300136L.
74. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
75. Loi du 2 janvier 2002 n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. NOR : MESX0000158L. JORF du 3 janvier 2002, page 124, texte n° 2.
76. Loi du 26 novembre 2003 n° 2003-1119 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité. NOR : INTX0300040L. JORF n° 274 du 27 novembre 2003, page 20136, texte n° 1.
77. Loi du 22 avril 2005 n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n° 95 du 23 avril 2005, page 7089, texte n° 1.
78. Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 n° 2009-1436. NOR : JUSX0814219L.
79. Loi du 5 juillet 2011, n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. NOR : ETSX1117295L. JORF n° 0155 du 6 juillet 2011, page 11705, texte n° 1.
80. Loi du 31 décembre 2012 n° 2012-1560 relative à la retenue pour vérification du droit au séjour et modifiant le délit d'aide au séjour irrégulier pour en exclure les actions humanitaires et désintéressées. NOR : INTX1230293L, JORF n°0001 du 1^{er} janvier 2013, page 48, texte n° 4.

81. Projet de loi relative à l'aide médicale d'État, le 17 juillet 2014.
82. Loi du 15 Août 2014 n° 2014-896 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. NOR : JUSX1322682L, JORF n° 0189 du 17 août 2014, page 13647, texte n° 1.
83. Projet de loi relative au droit des étrangers en France adopté par l'assemblée nationale en première lecture, le 23 juillet 2015

NOTES, DECRETS, ARRETES, CIRCULAIRES, AVIS ET ORDONNANCES

84. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
85. Décret n° 85-1392 du 27 décembre 1985 portant création dans la commune de Fresnes d'un établissement d'hospitalisation public spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées.
86. Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative. NOR : MESN9930618C.
87. Circulaire n° DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. NOR : MESS9930624C.
88. Circulaire DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248 et NOR/INT/D/00/0103/C et du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article 12 bis-11° de l'ordonnance n° 45-26258 du 2 novembre 1945 modifiée relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.
89. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. NOR : MESH0022669A. JORF n° 201 du 31 août 2000, page 13471.
90. Décret n° 2000-1328 du 26 décembre 2000 relatif à l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire. NOR : JUSE0040061D.
91. Circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 18 avril 2003 relative à la procédure d'orientation et décision d'affectation des condamnés. NOR : JUSE0340044C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice n° 90.
92. Circulaire DHOS/DGS/DAP n° 2003-440 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale. NOR : SANH0330441C. Bulletin officiel du Ministère chargé de la santé n° 2003/39, 79-82.

93. Circulaire du 9 janvier 2004 relative aux modifications apportées par la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003, relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, aux dispositions du code pénal et du code de procédure pénale en matière de peine complémentaire d'interdiction du territoire français. Nouvelles dispositions applicables à la libération conditionnelle et au sursis avec mise à l'épreuve en cas de condamnation à une peine complémentaire d'interdiction du territoire français. CRIM 2004 01 E3/09-01-2004. NOR : JUSD0430001C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice, n° 93, 9 janvier 2014.
94. Circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 21 janvier 2004 relative à l'amélioration de la coordination entre les établissements pénitentiaires et les services du Ministère de l'Intérieur pour la mise en œuvre des mesures d'éloignement des étrangers du territoire français. NOR: JUSE0440008C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice n° 93.
95. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État. NOR : SANH0530112C.
96. Circulaire DACG 2005-09 E8/11-04-2005 du 11 avril 2005 relative à la présentation des dispositions résultant de la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité relatives au prononcé, à l'exécution et l'application des peines. NOR: JUSD0530064C.
97. Circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L. 313-11, 11° du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile. NOR : SANP0530390C.
98. Circulaire relative à aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales. CRIM 2006 05 E1/21-02-2003. NOR : JUSD0630020C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice n° 101.
99. Circulaire du 21 février 2006, relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponse pénale. NOR : JUSD06030020C.
100. Circulaire interministérielle DHOS/O2/DAP n° 2007-157 du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire. NOR : SANH0730312C.
101. Circulaire DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers. NOR : SJSP0731381C.

102. Circulaire IMIM0800021C du 25 février 2008, relative au statut du rapport médical rédigé par le médecin agréé (ou le praticien hospitalier) à l'attention du médecin inspecteur de santé publique (ou à Paris, du médecin chef du service médical).
103. Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du Ministère de la Justice NOR : JUSG0814277D.
104. Arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en services du secrétariat général du Ministère de la Justice. NOR : JUSG0816305A.
105. Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées. NOR: CPLX 1019707V.
106. Circulaire DSS/2A n° 2011-64 du 16 février 2011 relative aux modalités de mise en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale du droit de timbre annuel conditionnant l'accès à l'Aide Médicale de l'État, à compter du 1er mars 2011. NOR : ETSS1105058C.
107. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). NOR : ETS1107932C.
108. Circulaire du 19 mai 2011 relative au travail d'intérêt général. NOR : JUSD1113894C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés.
109. Circulaire du 9 juin 2011 d'application des articles 4, 39 et 40 de la loi n° 2009-1439 du 24 novembre 2009 pénitentiaire relatifs à la correspondance téléphonique et à la correspondance écrite des personnes détenues. NOR : JUSK1140028C.
110. Circulaire du 17 juin 2011 relative à l'entrée en vigueur de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. NORIOCK1110771C.
111. Circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. NOR : ETS11121499C.
112. Circulaire du 5 janvier 2012, relative aux conditions de délivrance et durée de validité des récépissés et des titres de séjour. NOR : IOCL1200311C.
113. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues. NOR : USK1240006C.
114. Circulaire du 27 mars 2012 relative aux relations des personnes détenues avec leur défenseur NOR : JUSK1140030C. Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés.

115. Circulaire DGOS/DSR/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
116. Circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement de titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté. NOR : INTV1306710C.
117. Circulaires INTK1300190C du 11 mars 2013 et INTK1307757J du 9 juillet 2013 relatives à la lutte contre l'immigration irrégulière.
118. Note du 15 novembre 2013 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues. NOR : JUSK1340043N.
119. Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 9 mai 2014 relatif à la situation des personnes étrangères détenues. NOR : CPLX1411703V.
120. Note du 20 décembre 2013 relative aux règlements intérieurs des établissements pénitentiaires. NOR : JUSK13400044N.

INSTRUCTIONS MINISTÉRIELLES

121. Instruction n° DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves. NOR : ETSP1110098J.
122. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. NOR : ETSP1029295J.
123. Instruction DGS/MC1/RI2 n° 2011-417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves. NOR : ETSP1130172J.
124. Instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 relative aux conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé. NOR : AFSP1405025J.

JURISPRUDENCES

125. CE²⁹ n° 339259, 20 mai 2010.
126. CAA³⁰ Bordeaux n° 10BX00208, 13 décembre 2010.
127. CAA Bordeaux, n° 10BX00031, 4 janvier 2011.

²⁹ CE : Conseil d'État

³⁰ CAA : Cour Administrative d'Appel

- 128. CAA Bordeaux n° 10BX03042, 28 avril 2011.
- 129. CAA Nantes n° 10NT02234, 6 mai 2011.
- 130. CAA Versailles n° 09VE02738, 10 mai 2011.
- 131. CE n° 326084, 20 mai 2011.
- 132. CAA Bordeaux n° 11BX00389, 13 décembre 2011.
- 133. CAA Paris n° 10PA02312, 20 janvier 2012.
- 134. CAA Versailles n° 11VE03527, 1 mars 2012.
- 135. CAA Nancy, n° 11NC00659, 26 avril 2012.
- 136. CAA Lyon, n° 12LY005274, octobre 2012.
- 137. CAA Lyon n° 12LY01560, 27 décembre 2012.
- 138. CAA Bordeaux n° 12BX02003, 2 avril 2013.
- 139. CE n° 368875, 6 juin 2013.
- 140. CAA Paris n° 12PA00358, 7 novembre 2013.
- 141. CAA Versailles n° 13VE03650, 17 avril 2014.
- 142. CAA Versailles n° 13VE02180, 30 juin 2014.
- 143. CAA Versailles n° 14VE00253, 18 juillet 2014.
- 144. CAA Versailles n° 14VE01309, 18 décembre 2014.
- 145. CAA Versailles n° 13VE03828, 12 février 2015.
- 146. CAA Bordeaux n° 13BX01592, 28 novembre 2013.

THESE

- 147. Leccia C (2008). Les difficultés de la pratique de la médecine générale dans les unités médicales des centres de rétention administrative. Nice.
- 148. Mayeux A (2015) Protection contre l'éloignement pour raison médicale : quelles sont les difficultés spécifiques aux unités médicales des centres de rétention administratives ? Nice.

ADRESSES ELECTRONIQUES

- 149. Les centres de rétention administrative (CRA).
<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/La-lutte-contre-l-immigration-irreguliere/Les-centres-de-retention-administrative-CRA>.

150. Le déroulement de la peine et les possibilités d'aménagement de son exécution.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/12.pdf
151. Elections en Europe. Date d'adhésion des pays de l'Union européenne.
<http://elections-en-europe.net/institutions/date-dadhesion-des-pays-de-lunion-europeenne/>
152. Etude de l'INSEE.
http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T15F037.
153. Etude HID prison.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs107g.pdf
154. Jurisprudences.
<http://www.elnet.fr/>
155. Migration and migrant population statistics.
http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics
156. Règles pénitentiaires européennes.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE2.pdf.
157. Prévention du suicide en détention.
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html#3>
158. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf
159. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2007.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_chiffrescles07.pdf
160. Rapport du COMEDE 2014.
<http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>
161. Repères sur la santé des migrants.
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/02.htm>
162. Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations.
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Dispositif-de-surveillance-de-la-sante-des-personnes-detenu>
163. Etat des connaissances sur la santé des personnes détenus en France et à l'étranger.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9520

164. Plans d'action stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous mains de justice.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
165. Immigration en France, données du dernier recensement : 2012.
<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Statistiques/Etudes-et-publications/Publications/Numeros-parus-en-2015/Immigration-en-France-donnees-du-dernier-recensement-2012>
166. Les Chiffres clés de l'administration pénitentiaire : 2012.
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/ladministration-penitentiaire-en-chiffres-au-1er-janvier-2012-24145.html>
167. Exil et Santé. Interprétariat.
http://www.comede.org/IMG/pdf/Sous%20chapitres%20Guide%202008/Guide-Comede-2008_2_interpretariat.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Depuis 2012, les détenus sont pris en charge sur le plan de leur santé par les unités sanitaires de niveau 1 (ex UCSA).

Les détenus en situation irrégulière sur le territoire français, avant leur incarcération, peuvent faire l'objet de mesures d'éloignement judiciaires ou administratives. Dans ce cas, ils peuvent être éloignés au moment de la libération ou être placés en centre de rétention administrative, en attendant que cette mesure soit exécutée. Il existe une protection contre ces mesures dite : procédure « étranger malade », qui revêt des aspects particuliers en détention.

Après avoir exposé les généralités concernant les migrants et la migration, nous avons rappelé les notions de droit pénitentiaire et nous avons réalisé une étude de la jurisprudence française relative au droit de séjour pour raison de santé. Enfin, nous avons effectué une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins exerçant dans les unités sanitaires des maisons d'arrêt métropolitaines. Ceci, dans l'objectif de mettre en évidence les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans l'interprétation des textes législatifs et réglementaires et tout au long de la mise en place de la procédure « étranger malade ».

Nous avons constaté que l'interprétation des textes de loi et la mise en place de la procédure pouvaient être variables d'un médecin à l'autre. Les médecins sont avides d'être informés officiellement de la décision du Préfet. Ils souhaitent que se mettent en place, au niveau local, des réunions et des formations avec les autres acteurs de la procédure (SPIP, associations et MARS). Pour répondre à leurs attentes, nous avons proposé un rappel précis de la procédure reprenant les difficultés rencontrées par les médecins et des outils accessibles (guides, sites internet). Nous proposons aussi la diffusion de ce travail à moyen terme dans un but d'information pour tenter d'augmenter l'initiation de la procédure en détention.

MOTS CLES : migrants – détenu – unité sanitaire – procédure étranger malade – droit pénitentiaire – jurisprudence –

